À mon ami Prof.r Blanchard
à son premier maître — ès-biologie —
[1880 !]
Celui qui ne l'oublie pas —
— et qui espère qu'on ne
l'oubliera pas non plus.
Blondel

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr RAOUL BLONDEL

CHEF DE LABORATOIRE A L'HOPITAL DE LA MATERNITÉ
DIRECTEUR DU BUREAU DES RENSEIGNEMENTS DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA PRESSE MÉDICALE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT GERMAIN
—
1909

I

TITRES PERSONNELS

Licencié ès sciences naturelles. Paris, 1883.
Docteur en médecine. Paris, 1889.
Lauréat de la Faculté. (Thèse, 1890.)
Lauréat de la Faculté. (Prix Chateauvillard, 1890.)
Préparateur à la Faculté de médecine. (1883-1890.)
Assistant du Dr Doléris. (1892-1894.)
Chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité. (1897 à 1907.)
Chef de laboratoire à l'hôpital de la Maternité. (depuis 1907.)
Chargé d'un cours d'anatomie pathologique, bactériologie et tératologie aux élèves sages-femmes de la Maternité. (1908-1909.)

Secrétaire général adjoint de la Société de Thérapeutique (depuis 1907).
Membre de la Société d'Obstétrique, de la Société de Prophylaxie sanitaire et morale, de la Société d'Enseignement supérieur, etc.
Membre de l'Association française de la Presse médicale.
Secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale (depuis sa fondation).
Secrétaire général du Ier Congrès international de Presse médicale (Paris, 1901), de la Conférence internationale de Monaco (1902), du IIe Congrès de Presse médicale (Madrid, 1903), du IIIe Congrès de Presse médicale (Lisbonne, 1906), du IVe Congrès de Presse médicale (Budapest, 1909).
Secrétaire général du Comité français pour le XVIe Congrès international de Médecine (Budapest, 1909).

Rédacteur en chef de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* (depuis 1894).
Secrétaire de la rédaction de la *Gynécologie* (de 1893 à 1906).
Correspondant français du *Lancet* (de Londres) (depuis 1895.)

Directeur du Bureau des renseignements de l'Université de Paris, à la Sorbonne.

Officier d'Académie (1890).
Officier de l'Instruction publique (1895).
Chevalier de la Légion d'honneur (1900).

II

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PREMIER GROUPE

MATIÈRE MÉDICALE

1. — **Sur le Piligan** (*Lycopodium Saururus*) **et son alcaloïde la Piliganine.** (En collaboration avec MM. Bardet et Adrian.) — *Nouv. Rem.*, 1885.

Etude botanique et détermination spécifique du Piligan.

2. — **Sur la structure des graines de Soja.** — *Journ. de Pharm. et de Chim.*, 1886.

Constatation, par l'étude microscopique et les réactions chimiques des coupes, de l'absence totale de fécule dans ces graines, employées dans la fabrication des pains pour diabétiques.

3. — **Les Strophanthus de commerce.** — *Bull. de Thér.*, 1887, p. 75 et 97. Avec nombreuses planches. Tirage à part : une brochure de 60 pages. O. Doin, éditeur.

4. — **Sur les graines de Strophanthus.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Thér.*, 1887, p. 226, 245, 288.

5. — **Sur les flèches empoisonnées au Strophanthus.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Thér.*, 1887, p. 267.

6. — **Sur le Strophanthus Kombé.** — *Bull. et Mém de la Soc. de Thér.*, 9 mai 1888.

7. — **Sur le Strophanthus du Gabon.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 13 mars 1889.

En 1886, on ne connaissait, en matière médicale, que l'inée ou poisons des flèches des Pahouins, dont les graines, apportées en France par M. Ballay, avaient été déterminées par Baillon comme appartenant au *Strophanthus hispidus*. Polaillon et Carville les avaient étudiées au point de vue physiologique, Gallois et Hardy, au point de vue chimique; ces derniers y avaient trouvé un glucoside nouveau, la strophanthine.

En 1886, de nouveaux lots de strophanthus arrivèrent en Angleterre, provenant de la région du Niger, du centre de l'Afrique et de la région des grands lacs, et Fraser (d'Édimburg) publia en 1887, un travail sur l'emploi du strophanthus dans les maladies du cœur, qui eut un grand retentissement. Les graines qui avaient servi à ces recherches furent déterminées, à Londres, comme appartenant au *Strophanthus hispidus* et au *Strophanthus Kombé*.

Lorsqu'elles parvinrent en France et que MM. Bucquoy, Dujardin-Beaumetz, Germain Sée, etc., entreprirent des études sur le nouveau médicament, nous constatâmes qu'elles différaient totalement des graines qui avaient servi aux recherches antérieures de Polaillon et Carville et de Gallois et Hardy. Les premières étaient velues, brun foncé (*S. hispidus*), ou vert pâle (*S. Kombé*), les secondes étaient d'un jaune bistre et complètement glabres. L'étude microscopique révélait dans le tégument une structure très distincte, la coupe des parois latérales des cellules épidermiques représentant, dans le premier cas, un fuseau, dans le second la section verticale d'un bulbe. Des différences non moins considérables existaient dans la paroi des fruits. Nous dûmes conclure que l'*inée*, malgré l'autorité de notre maître Baillon, n'était point le véritable *strophanthus hispidus*, mais une espèce tout autre. Nous allâmes à l'Herbarium de Kew étudier les échantillons anglais, et le doute ne fut plus possible. Notre opinion fut confirmée plus tard par les recherches chimiques. Le *strophantus Kombé* renfermait un glucoside cristallisé en aiguilles, très différent du produit trouvé dans l'inée par MM. Gallois et Hardy que M. Arnaud identifia avec l'*ouabaine* qu'il retira de l'Ouabayo. Au point de vue physiologique, les deux glucosides donnèrent des résultats assez voisins, mais non identiques.

Nous donnâmes à cette espèce nouvelle le nom provisoire de *strophanthus glaber*, qui lui a été conservé depuis par les naturalistes lorsque, plus tard, on connut la fleur de cette plante.

Notre travail a donc fait cesser une confusion qui régnait sur cette question depuis plusieurs années, et qui a eu beaucoup de peine a disparaître des livres classiques.

Nos études se poursuivirent ensuite sur d'autres espèces : le *S. Kombé*, le *S. du Gabon*, le *S. du Zambèze*, le *S. de Sourabaya*, etc.

8. — **Sur l'écorce et les graines de la Conessie.** — *Nouv. Rem.*, 25 septembre 1887.

9. — **Sur l'Holarrhena antidysenterica : origine et nature de l'écorce de Conessie.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Thér.*, n° 20, 1887.

10. — **Sur les graines d'Holarrhena et de Wrightia.** — *Journ. de Pharm. et de Chim.*, 30 août 1887.

Etude botanique et microscopique des graines et de l'écorce d'une Apocynée, la Conessie, nouvellement introduite en thérapeutique, et recherche du caractère distinctif de la fausse Conessie (*Wrightia*).

11. — **Valeur thérapeutique de l'extrait de Laurier-Rose.** — *Bull. et Mém. de la Soc. de Thér.*, 28 mars 1888, et *Thèse* de Pouloux, Paris, 1888.

Etude physiologique de l'écorce et de la graine du Laurier-Rose (d'Afrique), poison cardiaque, analogue au Strophanthus.

12. — **Sur le Gomphocarpus crispus, le Zanthoxylum senegalense**, etc. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Thér.*, 28 mars 1888.

Etude botanique et microscopique de drogues nouvellement introduites.

13. — **Sur le parfum et son mode de production chez les Roses.** — *Bull. de la Soc. de Bot. de France*, 22 février 1889.

14. — **Les produits odorants des Rosiers.** — *Thèse pour le Doctorat en médecine*. Un volume de 168 pages, avec 4 figures et une planche gravée. Couronné par la Faculté. Doin, éd., 1889.

Dans ce travail, nous découvrîmes le siège exact de l'huile essentielle

de rose dans les cellules de l'épiderme des deux faces du pétale. Au moyen de l'acide osmique, nous pûmes surprendre la première apparition de l'essence dans le bourgeon et d'autres réactifs nous permirent d'établir que sa formation se faisait aux dépens du tannin. En appliquant aux variétés de l'essence les idées émises par M. Armand Gautier sur la formation des différents bouquets des vins, nous pûmes poursuivre cette étude sur un nombre considérable de variétés de roses à parfums différents et rechercher les lois suivant lesquelles ce parfum se transmet, se transforme ou s'anéantit dans les croisements des nombreuses variétés horticoles.

Nous avons montré en outre, que la sécrétion du parfum était fonction de la vie du protoplasma, car on pouvait suspendre sa production à l'aide des anesthésiques.

Notre travail renferme en outre, une étude des glandes oléo-résineuses de certaines espèces de rosiers, et apporte des renseignements nouveaux sur l'industrie de l'essence de roses en Bulgarie, d'après des documents pris dans le pays même. Il se termine par une étude sur les falsifications de l'essence de roses et par quelques recherches physiologiques sur les effets de l'injection de l'essence aux animaux, recherches nouvelles en raison de la difficulté de se procurer à l'état pur cette essence d'un prix extrêmement élevé. Elle agit comme un stupéfiant et détermine la mort à doses assez faibles.

15. — **Manuel de Matière médicale.** — Un fort vol. de 978 pages avec 358 figures, préface de M. Dujardin-Baumetz Paris, 1887. Doin, éd. — Couronné par la Faculté. Prix Châteauvillard.

Cet ouvrage, dont la publication exigea trois années, renferme une étude détaillée de toutes les drogues simples, d'origine animale et végétale, constituant le droguier de la Faculté de médecine de Paris, avec la description de chaque échantillon, son origine zoologique ou botanique, son étude microscopique, sa composition chimique, ses usages thérapeutiques, les formes pharmaceutiques de son emploi, et la diagnose des produits analogues pouvant être confondus avec lui. Outre l'exposé didactique des notions classiques, il s'y trouve un grand nombre de recherches nouvelles, en particulier, relativement à l'origine des gommes-résines, des essences, etc.

IIe GROUPE

PHYSIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

16. — **Emploi de la phénacétine contre le mal de mer.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 23 mai 1888.

Relation de quelques cas favorables de l'emploi de cette substance.

17. — **Sur le vomissement provoqué et l'action antiémétique du menthol.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 30 juillet 1892.

Nous avons établi que le menthol détermine un certain degré d'anesthésie de la muqueuse stomacale et inhibe ainsi le réflexe bulbaire qui amène le vomissement. Grâce à cette propriété, nous avons pu empêcher totalement le vomissement après l'ingestion de doses émétiques d ipéca. Au point de vue pratique, nous avons pu ainsi introduire l'ipéca à doses élevées, associé au menthol, dans des formules qui ont montré une efficacité remarquable dans le traitement de la bronchite et de la broncho-pneumonie.

D'autre part, nous avons pu établir que la menthe, contrairement à l'opinion répandue, loin de favoriser la digestion, la retarde sensiblement, à moins qu'on ne l'associe à l'alcool ou qu'on ne l'emploie à doses très faibles, en boissons très chaudes, ce qui permet de corriger son action paralysante sur la contractilité stomacale.

18. — **Technique des injections de Calomel.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, juillet 1893.

Ce travail fut un des premiers publiés en France sur cette question : il étudie les véhicules à employer, les points d'élection des piqûres, etc.

19. — **Sur un cas de colite membraneuse guéri par une simple laparotomie.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 24 octobre 1894.

20. — **De la Colite muco-membraneuse envisagée dans ses rapports avec les affections gynécologiques. Son traitement.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 27 octobre 1897.

Un grand nombre d'observations de colite muco-membraneuse chez la femme, dans lesquelles nous avons constaté régulièrement la coexistence d'autres troubles ou lésions, telles que les adhérences intestinales succédant à des atteintes de pelvi-péritonite, le rein flottant, la rétro-déviation adhérente ou mobile de l'utérus, la ptose de l'ovaire, la ptose généralisée des viscères abdominaux, l'éventration, l'insuffisance péri néale, — des cas de guérison plus ou moins rapide de cette colite, obtenue après la cure de ces lésions, par destruction des adhérences, port d'une ceinture ou d'une sangle, cure radicale de l'éventration, périnéorraphie, traitement de la rétroversion — nous ont conduit à avancer que la colite muco-membraneuse, telle que nous l'avons rencontrée chez la femme, était ordinairement *secondaire*. Nous l'avons envisagée comme un trouble physiologique, une *trophonévrose sécrétaire et motrice* d'origine réflexe, dont le point de départ résiderait dans les tiraillements exercés sur les nerfs du plexus solaire par les ptoses et les adhérences des viscères abdominaux.

Cette théorie, qui rencontra d'abord quelque incrédulité quand nous l'émîmes pour la première fois, a trouvé sa confirmation depuis lors dans un grand nombre de travaux (Soupault, Lyon, Combe, etc.), qui ont dû réserver sa place à l'entéro-névrose. La notion plus récente de la perturbation de la flore intestinale ne l'a nullement infirmée, car c'est grâce aux troubles de la contractilité et des sécrétions glandulaires de l'intestin que cette flore saprophytique évolue vers l'état pathogène.

Au point de vue thérapeutique, nous avons conclu que le traitement de l'entéro-colite comporte avant tout la cure des troubles de statique et des lésions abdominales dont elle n'est qu'une conséquence, et qu'elle cède ensuite au régime et aux lavages doux ou très faiblement antiseptiques (bicarbonate de soude ou ichthyol) qui, avant la cure de la lésion primitive, se montraient inefficaces.

21\. — **Emploi de l'ipéca dans la constipation habituelle chez la femme.** *Rev. de Thér.*, 15 juillet 1899.

L'ipéca, employé quotidiennement à petites doses, avec adjonction d'un peu de menthol si le sujet à la nausée facile (voir n° 17), est un bon excitant de la contractilité de l'intestin comme de l'estomac et un stimulant des sécrétions intestinales. Son usage prolongé est sans inconvénient. Nous lui avons dû des succès, en particulier dans le traitement de la constipation, chez les femmes atteintes de ptoses viscérales consécutives à l'éventration.

22\. — **Traitement des douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice. Un cas de guérison maintenue.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 1895.

23\. — **Traitement de l'ataxie locomotrice par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale.** — *Comm. à l'Acad. de Méd.*, 3 mai 1897, et *Rev. de Thér.*, 15 mai 1897.

Dans le premier de ces mémoires nous proposions de remplacer, chez les ataxiques atteints de douleurs fulgurantes, la suspension, dont on connait les dangers, par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale, obtenue en plaçant le sujet assis sur une table ou sur son lit, les genoux relevés et la tête inclinée de force entre ses jambes et rapprochée le plus possible du plan horizontal. Le corps tend à décrire, dans cette position, une « boucle » d'acrobate, et on l'y maintient pendant quelques minutes — aussi longtemps que la fatigue ne devient pas excessive, — au moyen d'une courroie passée autour du cou.

Nous pensions, par cette incurvation forcée de la colonne vertébrale, obtenir une élongation correspondante de la moelle, aussi énergique qu'avec la suspension, avec cet avantage que l'élongation porte ici sur la circonférence extérieure du cylindre médullaire, c'est-à-dire sur les cordons postérieurs qui sont précisément le siège des lésions de l'ataxie.

Cette opinion a été confirmée ensuite en Italie par les recherches de Bonuzzi, qui, expérimentant sur des cadavres, mit à découvert la partie postérieure du canal rachidien, et, sur la moelle à nu, montra à l'aide d'épingles piquées de place en place que la moelle subit, pendant notre manœuvre, un allongement parfaitement appréciable.

Notre méthode, dont la priorité ne nous a pas été contestée, a été

classée dans les ouvrages classiques de neuro-pathologie sous le nom de méthode de Blondel-Bonuzzi.

Le sujet auquel nous en fîmes la première application, vit ses douleurs fulgurantes disparaître en quelques jours, et à l'heure actuelle, au bout de dix-neuf ans, il ne présente plus aucun symptôme d'ataxie.

En 1897, MM. Gilles de la Tourette et Chipault communiquèrent à l'Académie un travail, dans lequel ils ont appliqué notre méthode, modifiée seulement par l'emploi d'une table spéciale et l'adjonction d'un cadran dont l'aiguille permet de mesurer le degré d'incurvation réalisé : ils ont obtenu sur un grand nombre de cas des résultats remarquables.

Le mémoire que nous avons présenté à l'Académie à cette époque, mentionne six cas nouveaux et indique les précautions à prendre pour éviter, chez les tabétiques doués d'une friabilité osseuse anormale, des fractures possibles si l'incurvation est poussée au delà de certaines limites.

24. — Essai d'une théorie nouvelle de la chlorose. Rôle et emploi du thymus dans cette affection. — *Soc. de Thér.*, 7 avril 1898.

(Complété par l'exposé de recherches personnelles encore inédites.)

Dans ce travail, où nous avons utilisé les matériaux de notre thèse en préparation, pour le doctorat ès sciences, sur les fonctions du thymus, nous avons établi que cet organe, au point de vue de sa sécrétion interne, jouait chez l'enfant le même rôle que joueront plus tard, à partir de la puberté, le testicule et l'ovaire. Il commence à disparaître au moment où ceux-ci sortent de leur silence. Il est, en quelque sorte, un équivalent provisoire de la glande génitale, moins la génitalité.

Les preuves de cette opinion, dont la priorité nous appartient, sont multiples.

Chez les femmes atteintes de troubles dus à l'insuffisance ovarienne, (aménorrhée, ménopause, castration), l'emploi de l'opothérapie ovarienne détermine un soulagement souvent constaté. Or, si l'on emploie chez elles le thymus au lieu de l'ovaire, en se mettant à l'abri des effets de la suggestion, les résultats sont exactement les mêmes.

L'ingestion du thymus cru produit chez les hommes exactement les mêmes effets que le traitement par les injections séquardiennes.

L'antagonisme connu entre la glande génitale et la thyroïde,

s'observe également entre celle-ci et le thymus. L'emploi du thymus améliore considérablement les troubles des basedowiens, qui sont des intoxiqués thyroïdiens. Owen l'avait déjà constaté : nous l'avons vérifié nous-même sur un grand nombre de cas.

Or l'emploi de l'ovaire a donné dans la maladie de Basedow des résultats extrêmement intéressants, tout à fait comparables à ceux que donne le thymus. On sait d'autre part que le thymus est capable de reviviscence chez les basedowiens, sans doute par réaction de défense.

Chez l'eunuque castré tout jeune on voit très souvent la persistance du thymus, probablement par un processus analogue et pour parer à l'absence de la glande génitale, comme le thymus le fait jusqu'à la puberté.

On doit en inférer que le thymus, par sa présence, remplit une fonction d'arrêt vis-à-vis des organes génitaux, empêchant l'animal de se reproduire avant qu'il n'ait atteint son complet développement, ce qui amènerait très rapidement la dégénérescence de l'espèce.

En effet, des expériences entreprises depuis plusieurs années sur les animaux, au laboratoire de M. Dastre, à la Sorbonne, nous ont montré que l'extirpation du thymus chez les jeunes chiens et les jeunes chats était suivie d'un développement beaucoup plus précoce des organes génitaux.

En ce qui concerne la chlorose, nous l'avons envisagée comme une perturbation de l'état général, se rattachant à une instauration défectueuse de la puberté. En l'absence de documents nécropsiques, on peut dire que les choses se passent comme si, le thymus ayant terminé son rôle, l'ovaire, qui doit continuer son action, entrait en jeu avec un certain retard.

Cette opinion n'est ni plus ni moins hypothétique que toutes celles qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie de la chlorose. Ce qui est positif c'est que l'ingestion de thymus cru chez les chlorotiques fait rapidement cesser chez eux les troubles divers qui les affligent. Le teint spécial et la bouffissure de la face se modifient ; le chiffre des globules rouge revient au taux normal, les souffles vasculaires disparaissent et les règles apparaissent avec régularité Chez une chlorotique affligée de métrorrhagie persistante, type plus rare, mais bien connu aussi, le thymus a amené rapidement la disparition du flux sanguin.

25. — **Propriétés physiologiques et thérapeutiques du sérum du lait. Note préliminaire.** — *Congr. int. de méd.*, Madrid, avril 1903, et *Rev. de Thér.*, 1er juin 1903.

26. — **Sur les propriétés du sérum du lait (lacto-sérum).** — *Comm. à l'Acad. de Méd.*, 9 mars 1909.

Nous avons employé, dans nos recherches, le lacto-sérum *cru*, c'est-à-dire stérilisé à froid par la filtration sur la bougie, et non le sérum stérilisé à l'autoclave, dont les propriétés sont très différentes. Le premier renferme, outre les sels et la lactose, les divers ferments du lait, oxydases, anaéro-oxydases, pepsine, trypsine, lipase, etc. : le second agit comme un sérum artificiel riche en phosphates, et MM. Lereboullet et Gimbert, qui l'ont étudié en 1899, lui ont trouvé des propriétés reconstituantes.

Le lacto-sérum s'obtient en faisant coaguler le lait aussitôt trait, et maintenu à 38°, soit au moyen de l'acide chlorhydrique soit à l'aide de la présure stérilisée à froid par filtration et sensibilisée par le chlorure de calcium. Après séparation du caillot, dans le premier cas, on sature l'acide avec le carbonate de soude, on filtre sur papier, puis sur bougie, ce qui demande un certain temps car il subsiste un peu de matière albuminoïde qui bouche assez rapidement les pores de la bougie. Dans le second cas, la neutralisation n'est pas nécessaire : la filtration est beaucoup plus aisée, mais il faut rétablir l'isotonie du liquide à l'aide d'un peu de chlorure de sodium.

Le lacto-sérum est un liquide limpide, à reflet légèrement jaune-verdâtre, dont l'injection sous la peau ou dans les muscles est indolore si le liquide est exactement isotonique.

Introduit dans l'économie par la voie hypodermique, il détermine une leucocytose abondante et des phénomènes énergiques d'oxydation qui se traduisent par une très légère élévation de température, suivie d'une abondante décharge d'urée et d'acide urique. Des traces d'albumine apparaissent passagèrement dans l'urine.

Le lacto-sérum jouit des propriétés antitoxiques générales communes à la plupart des sérums organiques. Dans la pneumonie, il abaisse la température, souvent après une seule injection (10^{cc}), et provoque aussitôt la défervescence, même au quatrième jour. Dans les infections puerpérales, il donne des résultats variables, souvent curatifs. Son action le rapproche beaucoup de celle des ferments métal-

liques qui ont été employés depuis, ainsi que l'a constaté M. Alber Robin dans ses recherches sur ces derniers produits.

Ce qui lui appartient en propre, c'est une action très curieuse sur la pression sanguine, qu'il régularise lorsqu'elle est troublée. Cbez les artério-scléreux hypertendus il ramène rapidement la tension artérielle à la normale, en faisant disparaître cbez eux la céphalée, l'insomnie, l'essouflement, et tous les phénomènes qui dépendent de l hypertension. Chez les hypotendus, il n'aggrave pas l'abaissement de la tension et tend à la ramener à la normale.

Ces résultats ont été reproduits expérimentalement cbez les animaux, au cours d'expériences que nous avons faites en 1902, dans le laboratoire du professeur Cbarles Richet : des animaux maintenus en hypertension par l'adrénaline suivie de cocaïne, ont vu leur pression revenir plus rapidement à la normale que lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes.

Chez l'bomme, nous avons traité 63 artério-scléreux atteints d'hypertension, dans les services de MM. Albert Robin, Huchard, Oulmont, Maygrier et Vaquez. Chez presque tous, la pression est redevenue normale en quelques jours et, en espaçant les injections, d'abord quotidiennes, puis hebdomadaires, le résultat est resté acquis. Nous possédons un cas où la pression s'est maintenue normale, sans nouveau traitement, et après abandon du régime lacto-végétarien, pendant cinq mois.

Chez les albuminuriqnes, l'albumine augmente légèrement pendant les premiers jours, pour disparaître totalement, s'il s'agit d'une albuminurie dépendant uniquement de l'hypertension, sans lésions rénales : lorsqu'il existe des lésions, l'albumine revient en quelques jours à son taux primitif.

27. — **Action physiologique de l'extrait de capsules surrénales.** — *Soc. de Thér.*, 10 juin 1903.

Chez les sujets sains et chez les animaux en expérience, l'injection d'extrait de capsules surrénales détermine une élévation très rapide de la tension sanguine, mais très passagère, et qui tombe au bout de quelques minutes. On peut la prolonger d'une durée sensiblement égale, en faisant suivre l'injection d'adrénaline d'une injection de cocaïne.

28. — **Désinfection des lignes de suture par les lavages à l'alcool à 95°.** — *Soc. de Thér.*, 15 novembre 1896.

Le lavage des plaies chirurgicales à l'alcool, avant et après la position des sutures, permet d'assurer un nettoyage parfait des tissus. L'alcool dissout en grande partie la couche de graisse qui rend illusoire le contact des solutions antiseptiques aqueuses et de la plaie. Il débarrasse ainsi la tranche cutanée des microbes logés daas les glandes sébacées ouvertes par l'incision, où ils demeurent enrobés par les matières grasses. Il coagule les albuminoïdes comme l'acide phénique et le sublimé, qui tirent de cette action une partie de leur pouvoir antiseptique.

Dans notre technique, toute plaie suturée, surtout dans les régions exposées à être mouillées par les sécrétions, telles que le périnée, est lavée quotidiennement à l'alcool à 95°, qui ne produit qu'une sensation de brûlure insignifiante, et dont on facilite l'évaporation rapide en éventant aussitôt la surface cutanée. Par ce procédé, la plaie est lavée et reste cependant sèche. La cicatrisation s'accomplit ainsi dans des conditions bien supérieures à ce qui se passe pour les plaies humides. Les fils n'ont pas la même tendanec à couper les tissus, et si cette coupure se produit néanmoins, elle reste très limitée, demeure constamment aseptique et se ferme aussitôt le fil enlevé.

29. — **Anesthésie locale par les injections sous-cutanées d'eau phéniquée.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 13 janvier 1899.

Les propriétés anesthésiantes des solutions phéniquées, mises en contact prolongé avec les téguments, sont connues. L'injection d'une solution à 1 p. 100, pratiquée dans le derme, à la manière des injections de cocaïne, détermine au bout de quelques minutes une anesthésie des téguments égale à celle que donne la cocaïne et d'une durée plus longue. Cette anesthésie convient aux petites opérations superficielles.

30. — **Quelques faits nouveaux relatifs à l'emploi de la novocaïne en chirurgie.** — *Rev. de Thér.*, 1[er] décembre 1906.

31. — **L'anesthésie locale profonde par la novocaïne.** — *Rev. de Thér.*, 15 décembre 1908.

La novocaïne, employée en injection intra-dermique, possède un

pouvoir anesthésique égal à celui de la cocaïne, mais avec une durée beaucoup plus longue. Nous avons pu, grâce à elle, non seulement pratiquer des incisions absolument indolores, mais placer des sutures au bout d'une heure sans que la sensibilité soit réveillée. Elle est inefficace en badigeonnage sur les muqueuses; mais sa toxicité pour l'homme est beaucoup plus faible que celle de la cocaïne et de la stovaïne.

Nous avons pu, en usant de la seule anesthésie à la novocaïne, pratiquer des laparotomies, même dépassant une heure de durée, en nous conformant, pour l'injection, aux principes édictés par M. Reclus pour l'emploi de la cocaïne. Même en employant des doses de 25 et 30 centigrammes, nous n'avons jamais observé le moindre accident, à part un léger retard dans la cicatrisation de la suture.

32. — **Un cas d'adénite cervicale tuberculeuse traité par l'ionisation iodée.** (En collaboration avec le D[r] Labbé.) — *Soc. de Thér.*, 25 mars 1908.

Le sujet, porteur d'une grosse adénite cervicale tuberculeuse, fut traité par l'ionisation iodée obtenue en faisant passer un courant continu à 100 milliampères à travers une solution d'iodure de potassium maintenue au contact de l'adénite. La tumeur diminua assez rapidement; sa gangue se fondit et laissa percevoir les noyaux multiples qu'elle renfermait. Mais à mesure que l'état local s'améliorait, les poumons, jusque là indemnes, furent envahis par la tuberculose et le sujet succomba au bout de six mois.

33. — **Danger de certaines altérations de la teinture d'iode.** — *Soc. de Thér.*, 18 juin 1896.

Certaines teintures d'iode sont additionnées d'acide chlorhydrique. Celui-ci met en liberté de l'acide iodhydrique, très caustique, qui produit sur la peau de véritables brûlures.

34. — **Liquides conservateurs pour les préparations anatomiques.** — *Soc. d'Obst.*, 21 mars 1901.

Explication et commentaire de la méthode de Kayserling, modifiée par Pick, après constatation, au cours d'une mission, des résultats obtenus à l'Institut pathologique de l'hopital de la Charité de Berlin.

III[e] GROUPE

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

35. — **Présentation d'un nouveau porte-aiguilles.** — *Soc. obst. et gyn.*, 10 novembre 1892.

Il s'agit d'une pince solide, à mors larges, garnis de lames de plomb, dont les branches s'écartent au moyen d'un ressort quand cesse la pression de la main.

36. — **Sur les appareils destinés au lavage de l'utérus. Présentation d'une nouvelle sonde intra-utérine.** — *Soc. de Thér.*, 10 octobre 1894.

Etude critique des sondes irrigatrices intra-utérines et des dispositions qui font que, si le lavage est pratiqué avec un large retour du liquide, ainsi qu'il est nécessaire, celui-ci n'atteint qu'une partie de la surface interne de l'organe. Certains appareils pourvus de plusieurs trous latéraux sur leurs branches, donnent à ces trous un diamètre tel, par rapport au calibre de la veine liquide mesuré par le calibre de la branche, que la pression s'épuise à partir des trous inférieurs et que les trous terminaux ne fournissent plus qu'un jet insignifiant et inefficace.

Nous avons proposé une sonde nouvelle, à deux branches articulées en lyre, du type de celle de M. Doléris, mais ne présentant qu'un orifice à l'extrémité de chaque branche. Celle-ci est excavée en rigole à sa face interne et sa section figure un demi-cercle. Lorsque la sonde est introduite, non plus pour des lavages obstétricaux, mais pour des lavages gynécologiques, dans des utérus peu dilatés et dont l'orifice exerce une constriction sur les branches, celles-ci, même complètement accolées, laissent entre elles, par la juxtaposition de leur rigole respective, un canal cylindrique suffisant pour l'écoulement du liquide.

Le calibre de ce canal représente sensiblement le total des surfaces de section des deux branches. La pression se maintient donc constante et le liquide injecté ne peut ressortir qu'après avoir lavé toute la surface de l'utérus.

37. — **Présentation d'instruments nouveaux. Sonde intra-utérine à double courant, curette, porte-mèche intra-utérin.** — *Soc. d'Obst.*, 20 janvier 1902. (2 figures.)

Notre curette est une modification légère de la curette fenêtrée fine de M. Doléris, dans laquelle l'extrémité a été un peu relevée de façon que la courbure terminale de la boucle se trouve sur un plan exactement perpendiculaire à l'axe du manche. On obtient ainsi un instrument qui mord le tissu utérin avec plus de facilité sans que le bec tranchant puisse jamais prendre une direction qui lui permette de perforer le fond de l'organe.

Le porte-mèches a l'épaisseur restreinte du porte-mèches des anciennes trousses et se termine par une encoche destinée à accrocher la longue mèche de gaze à introduire dans l'utérus. Il a la longueur et la courbure terminale d'un hystéromètre ordinaire.

Cet instrument, extrêmement simple, est d'un maniement beaucoup plus commode que les porte-gaze plus compliqués employés à cet usage. Si la mèche est bien assurée sur l'encoche et si l'instrument est poussé sans hésitation, il n'y a aucun danger qu'il puisse traumatiser la cavité utérine. Quand on le retire, il glisse aisément en laissant la mèche en place, celle-ci adhérant plus facilement à la paroi de l'utérus qu'à la surface polie et lisse de l'instrument.

La sonde intra-utérine à double courant a été décrite à l'article 36.

38. — **Instruments destinés à l'exploration visuelle de la cavité utérine.** — *Soc. d'Obst.*, juin 1908.

Nous avons fait construire par M. Galante, en 1895, un spéculum intra-utérin composé d'un tube métallique de 2 centimètres de diamètre et de 12 centimètres de longueur, recouvert d'une sorte de cage métallique de même forme ; celle-ci était faite de 4 forts fils de laiton fixés à leurs deux extrémités sur un anneau plat. L'appareil, après une large dilatation de l'utérus, est introduit dans la cavité de l'organe, la cage toute emboîtée sur le tube, et celui-ci étant garni d'un mandrin à l'intérieur. Pour l'inspection du fond de l'organe, il suffit de retirer

le mandrin. Pour l'inspection des parois latérales, on retire le tube lui-même, et il reste en place la cage cylindrique, dont les fils longitudinaux maintiennent les parois utérines écartées, tout en permettant de les examiner dans les espaces longitudinaux qui séparent les fils de laiton. Un léger mouvement de rotation imprimé à la cage permet de ne laisser aucune partie de la surface inexplorée.

L'éclairage est obtenu au moyen d'une petite lampe que construisit pour nous M. Gaiffe, lampe minuscule, entourée d'un capuchon métallique pourvu d'une fenêtre latérale, et portée au bout d'un manche assez long mais très mince, autour duquel s'enroule le fil apportant le courant.

Comme la chaleur développée par la lampe pouvait être pénible à supporter, le manche de celle-ci était creusé d'un canal permettant l'arrivée d'eau froide : celle-ci (stérilisée) s'écoulait goutte à goutte autour de la lampe et retombait dans la cavité utérine.

Nous devons convenir que ce moyen d'exploration, dans les utérus non puerpéraux auxquels il était destiné, ne nous donna pas de résultats bien frappants, la paroi utérine dilatée étant ordinairement le siège d'un suintement sanguin plus ou moins abondant qui gênait l'inspection dans beaucoup de cas. Cependant l'instrument nous permit une fois de diagnostiquer le siège d'implantation d'un petit polype et une autre fois de reconnaître l'existence d'une bride latérale antéro-postérieure, reste d'une bifidité de l'utérus.

39. — **A propos des écoulements vaginaux.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 14 décembre 1898.

Les écoulements vaginaux sont d'origine exclusivement vaginale, d'origine utérine ou d'origine mixte. Le traitement vaginal est toujours insuffisant quand le col est atteint et participe aux secrétions, ce qui est le cas le plus ordinaire. La thérapeutique comporte alors essentiellement le traitement local de la métrite cervicale.

Le traitement exclusivement vaginal comprend les lavages et les applications de topiques et varie suivant la nature de l'écoulement. Dans les vaginites aiguës le traitement antiseptique a le pas sur tous les autres (sublimé, permanganate, lysol). Dans la vaginite subaiguë, il est essentiel de distinguer si l'on a affaire à des écoulements alcalins ou acides. Dans le premier cas, les injections d'acide lactique donnent de bons résultats, car le coli bacille et ses congénères sont souvent en

cause. Dans les écoulements acides, qui sont en général médiocrement septiques, on obtient une amélioration très rapide par l'emploi des injections alcalines (bicarbonate de soude, 15 grammes par litre d'eau). Ce traitement est précieux contre les écoulements vaginaux des femmes ayant dépassé la ménopause, et fait disparaître souvent des prurits vulvaires rebelles. S'il existe en même temps de la glycosurie, le traitement alcalin est le seul qui donne de bons résultats. Si les pertes acides deviennent septiques, on recourra à un antiseptique alcalin (lysol ou borate de soude). Le nitrate d'argent sera réservé pour les cas invétérés et tenaces. Les injections astringentes ne donnent que des résultats insuffisants, qui ne se maintiennent qu'à la condition de continuer presque indéfiniment cette médication.

40. — **Hyperesthésie vulvo-vaginale paroxystique.** — *La Gynéc.*, **avril 1902.**

Nous proposons de ranger sous cette épithète plus générale les troubles dépendant de l'hypéresthésie vulvo-vaginale, qu'il s'agisse de vaginisme avec contracture, de vaginisme sans contracture (Pozzi), de prurit et vaginisme associés, d'hyperesthésie simple, sans prurit ni vaginisme réels, etc., toutes distinctions nosographiques dont les limites sont assez imprécises, car nombreux sont, dans la pratique, les cas qui chevauchent sur deux catégories à la fois.

C'est, en effet, l'hyperesthésie, la réaction nerveuse exagérée, qui fait le fond de tous ces états. Il y a des vaginismes sans lésion primitive, dépourvus de la fissure que l'on avait décrété jadis devoir toujours exister, par symétrie pathologique avec la fissure anale. Il y a des prurits où les seules lésions existantes ne sont que consécutives et sous la dépendance du grattage. Enfin, toutes ces malades ont encore ce trait commun d'être des « nerveuses », dans toute la force de ce terme vulgaire. Elles souffrent *exagérément* : la réaction nerveuse, les réflexes défensifs qui s'ensuivent sont disproportionnés avec la cause. Là est le caractère de la maladie et il est clair que ce sont les dispositions apportées par le système nerveux du sujet qui le crée.

Le cas que nous avons observé dans le service de M. Maygrier est celui d'une femme de 41 ans, qui après un passé génital assez chargé (accouchement laborieux, infection puerpérale, suppuration pelvienne, deux laparotomies avec ablation des annexes), vit se développer, dix ans avant sa venue à la consultation, une sensibilité spéciale de la

grande lèvre gauche, apparaissant dès qu'elle était fatiguée. Ce furent d'abord des douleurs comparables à celle de « la morsure d'une petite bête qui la mordrait sans relâche » : elles se calmaient par le repos au lit et apparaissaient par crises de 1 à 4 jours de durée à intervalles irréguliers, d'abord de deux mois, puis se rapprochant de plus en plus. Depuis un an, elles étaient continues et ne cessaient plus par le repos au lit.

A certaines époques, apparaissait une large plaque d'herpès sur la fesse gauche, au niveau de l'échancrure sciatique : cette plaque était le siège de violentes démangeaisons pendant 3 ou 4 jours; elle était suivie d'une accalmie remarquable des douleurs vulvaires, qui restaient alors jusqu'à deux mois sans revenir. Depuis un an que ces douleurs sont devenues continues, cet herpès (?) de la fesse n'a pas reparu. La douleur a son maximum à gauche en tant que douleur spontanée; mais la sensibilité au contact et à la pression s'étend à toute la région vulvaire, avec exacerbation extrême de chaque côté, en deux points, autour de l'orifice du canal de la glande de Bartholin et au-dessus du sillon des petites lèvres. La douleur, en ce point, est intolérable, et provoque chez la malade, quand on la touche, de véritables crises de larmes et de cris. L'introduction d'une canule produit le même résultat. Depuis longtemps, les rapports sont devenus tout à fait impossibles.

La région vulvaire est le siège d'un prurit violent : la malade en est arrivée à se gratter même en dormant. A la face interne des grandes lèvres on observe, de chaque côté, une plaque d'un centimètre de largeur environ, allongée de haut en bas, de couleur jaunâtre, un peu saillante et épaissie, d'aspect granuleux. L'attouchement le plus léger provoque, en ce point, des douleurs extrêmement violentes, s'irradiant dans les cuisses, dans le ventre et dans les reins. Dans la partie inférieure de la racine du capuchon clitoridien, se trouve une autre zône d'hyperesthésie douloureuse, que rien ne révèle à l'extérieur. Pas de sucre dans les urines.

Le traitement local que nous instituons, par les bains de siège alcalins, les applications locales d'une poudre composée de sous-nitrate de bismuth, de biborate de soude et d'orthoforme, n'ayant produit qu'un soulagement insuffisant, nous intervenons chirurgicalement. Les plaques des grandes lèvres sont excisées et suturées; l'anneau musculaire de la vulve est sectionné sous la peau dans toute son épaisseur : puis, par deux petites boutonnières cutanées, nous sec-

tionnons complétement les racines du clitoris en comprenant dans l'incision les branches du nerf honteux interne.

Aussitôt après l'intervention, le prurit, la douleur et les contractures ont complètement disparu. La guérison s'est maintenue définitivement.

41. — **Un cas de pseudo-hermaphroditisme** (2 planches). — *La Gynéc.*, février 1899.

Le sujet, âgé de 42 ans, d'aspect extérieur nettement féminin, et considéré depuis sa naissanee comme femme, n'avait jamais été règlé. Par scrupule religieux, et prévenue par son médecin que cette aménorrhée lui présageait la stérilité, elle ne s'était pas mariée, bien qu'elle eût été fiancée à 18 ans. A 40 ans, elle s'était décidée à épouser un veuf déjà pourvu de grands enfants et que cette stérilité probable satisfaisait complètement.

Depuis deux ans le mariage avait été célébré, mais non consommé, malgré des tentatives répétées assidûment, extrêmement pénibles. Le sujet venait nous consulter pour éclairer cette situation anormale et en même temps pour préciser la nature d'une « hernie » existant dans l'aine gauche et pour laquelle un médecin avait prescrit le port d'un bandage herniaire qui causait des douleurs atroces.

A l'examen, nous nous trouvâmes en présence d'un sujet mâle hypospade, avec pseudo-clitoris de deux centimètres de long et de l'épaisseur d'un porte-plume, capable d'érection et de sensations voluptueuses. Les deux grandes lèvres étaient bien dessinées; l'une d'elles renfermait un testicule petit, mais reconnaissable, qui avait été pris pour une hernie. Sous le méat urinaire, identique d'aspect à un méat féminin, existait une fossette de deux à trois centimètres de profondeur, où l'index pénétrait avec quelque difficulté, placée entre la vessie et le rectum. Un empâtement, sorte de pastille molle à contours vagues, existant à la partie supérieure et profonde de ce canal pseudo-vaginal, et perceptible par le toucher rectal, pouvait être interprété peut-être comme une ébauche de prostate. Le sujet émettait, d'après son dire, une sécrétion visqueuse au moment des sensations voluptueuses qu'il éprouvait au contact de son mari, comme autrefois avec les caresses de son fiancé, parfois même après des lectures et des conversations suggestives. Au cours de notre interrogatoire, il se trouva que nous pûmes constater *de visu* l'existence de cette

sécrétion, hyaline, visqueuse, semblable à du liquide prostatique, que nous recueillîmes sur une lamelle et qui, examinée quelques minutes plus tard, ne renfermait que quelques cellules épithéliales. Mais il nous fut impossible, malgré l'examen le plus attentif, de voir d'où provenait exactement ce liquide.

Nous pûmes prendre une photographie au magnésium de la région génitale du sujet, avec le concours de M. Maygrier, qui vint à notre cabinet l'examiner avec nous. Elle est publiée dans notre mémoire.

Le sujet, que nous crûmes devoir laisser dans l'ignorance de son véritable état social, réclamait une intervention qui permît les rapports avec son mari, dont le désir d'une épouse stérile avait été comblé au delà de ses espérances. Nous agitâmes avec M. Maygrier la question de la création d'un vagin artificiel par dédoublement de la cloison recto-vésicale. Mais le sujet, qui devait revenir nous voir à ce propos, regagna sa ville de province en nous adressant une lettre d'excuse *anonyme* et nous n'eûmes plus aucune nouvelle de lui.

42. — **Absence congénitale de vagin et d'organes génitaux internes. Création d'un vagin artificiel.** (En collaboration avec le Dr Chatinière.) *La Gynécologie*, avril 1905.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, n'ayant jamais été réglée. L'hymen était remplacé par une cloison complète, occupant une surface ovale où l'on distinguait trois fossettes disposées en trèfle à la partie supérieure et une autre plus importante vers le bas : il sort de ces fossettes, par expression, une gouttelette de liquide crémeux. Le méat urinaire est très abaissé et distant du clitoris de deux centimètres et demi.

Par le toucher rectal, on sent, très haut situé, une sorte de raphé transversal aplati, tendu d'une fosse iliaque à l'autre, avec l'indication vague d'un nodus vers le milieu. Il y a absence totale d'utérus et d'ovaires.

La malade, sa famille et le fiancé réclamant une intervention qui rendît le mariage possible, en acceptant qu'il fût infécond, nous procédâmes à la création d'un vagin artificiel. Une incision demi-circulaire pratiquée à la base de la fossette pseudo-hyménéale, au niveau de la fourchette, libéra une languette de tissu qui se révéla, avec ses glandules, comme une expansion de la muqueuse de l'urèthre, très tendue et pourvue de ses glandes para-uréthrales. Avec le doigt, nous

décollâmes prudemment le rectum de la vessie, jusqu'au péritoine : avec les deux index, nous agrandîmes largement dans le sens transversal le canal ainsi creusé. Un tamponnement à la gaze fut pratiqué pendant plusieurs jours et fut ensuite remplacé par un spéculum de bains perforé, coiffé de gaze, et maintenu en place en permanence par des bandes. A chaque renouvellement du pansement on pratiquait une injection au nitrate d'argent au 1/50ᵉ.

Au bout d'un mois, on commença à pratiquer des greffes. Celles-ci furent empruntées à la pellicule de phlyctènes produites à l'aide d'un vésicatoire. De larges lambeaux furent appliqués à l'aide d'un spéculum en ébonite et maintenus en place par lui. Au bout de cinq jours, celui-ci fut retiré. Les greffes avaient pris partiellement. L'opération fut renouvelée à six reprises différentes, et au bout de deux mois et demi, le vagin était garni d'un épithélium complet. Le calibre fut maintenu à l'aide d'un tube qui fut construit spécialement et que le sujet porta plusieurs mois.

La jeune fille a été revue par nous un an après son opération. Le vagin mesurait dix centimètres et demi de longueur avec un diamètre de quatre et demi à cinq centimètres, ne paraissant avoir aucune tendance à se rétrécir. Sa paroi est très mince et très souple, comme on pouvait le prévoir, mais on ne sent l'indication d'aucun rétrécissement annulaire. Le releveur de l'anus fonctionne normalement.

Le mariage fut consommé ultérieurement, mais avec un autre fiancé, le premier ayant perdu patience.

43. — **Principes du traitement des métrites.** — *Rev. de Thér.*, 15 novembre et 1ᵉʳ décembre 1894.

Exposé de notre pratique, dont les principes se ramènent aux termes suivants : 1° Désinfection profonde des tissus; 2° Destruction des lésions; 3° Restauration des conditions physiologiques de l'organe. Les moyens d'actions sont : le tamponnement vaginal, la dilatation utérine poussée très loin, les lavages intra-utérins, le drainage, les cautérisations intra-cervicales et intra-utérines (teinture d'iode, nitrate d'argent, créosote, chlorure de zinc faible), le curetage, l'amputation du col, la restauration des commissures.

44. — **Dilatation-drainage de l'utérus au moyen des mèches de gaze glycérinée, dans le traitement de l'endométrite.** — *Congr. de Gyn. de Bordeaux*, août 1895, et *Rev. de Thér.*, 1er septembre 1895.

A la dilatation brutale par les bougies d'Hégar, qui n'a ses indications que dans des cas très particuliers, et à la dilatation par les laminaires, très douloureuse et non sans inconvénients quant au réveil possible d'inflammations annexielles mal éteintes, nous opposons la dilatation douce au moyen de mèches de gaze imbibées de glycérine antiseptique (iode ou sublimé), introduites jusqu'au fond de l'utérus à l'aide de notre porte-mèches spécial et renouvelées quotidiennement. La dilatation demande plus de temps qu'avec l'emploi des laminaires, mais elle est beaucoup mieux supportée par la malade.

La méthode réalise ce double objectif : d'assouplir le muscle utérin par l'espèce de gymnastique qu'il exerce sur lui-même en se contractant pour lutter contre la dilatation, ce qui assure la résorption des exsudats et rétablit un meilleur équilibre circulatoire de l'organe, — et de produire l'évacuation des produits infectés des glandes l'aspiration que provoque l'action osmotique de la glycérine.

Les métrites chroniques, les congestions utérines passives, traitées par cette méthode, nous ont donné des résultats excellents et durables. Les lésions annexielles concomitantes ont été très améliorées, conformément aux idées sur ce point de notre maître, M. Doléris.

45. — **Un cas d'utérus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation au cours d'un curettage.** — *Bull. de la Soc. obst. et gyn.*, 21 avril 1898.

Observation d'un cas assez singulier. L'utérus était double, mais, comme il arrive souvent, l'une des deux cavités était beaucoup plus développée que l'autre et donnait l'impression d'une cavité normale : l'autre était réduite à une fente profonde, partant de l'orifice interne, à un centimètre en arrière de lui, et se prolongeant jusqu'à la corne correspondante. Cette fente n'était séparée de la grande cavité que par une membrane mince, mais résistante, représentant la cloison utérine primitive.

La malade, atteinte d'une métrite fongueuse, fut curettée, et lorsque l'instrument atteignit la face latérale droite de la matrice, il pénétra du

premier coup dans la cavité du second utérus. L'opération fut interrompue par prudence. Il n'y eut aucun accident consécutif. Six mois plus tard, le curettage fut repris, et à nouveau, au même endroit, malgré notre attention tout spécialement éveillée, l'instrument pénétra, du premier coup, comme dans une cavité préformée. Ceci nous donna l'éveil. Quelques jours plus tard, l'utérus fut dilaté avec des laminaires et des éponges. La cavité fut explorée et l'on put constater, sur la face latérale droite de l'utérus, l'existence d'une bride dirigée d'avant en arrière, délimitant une cavité aplatie, de 3 centimètres de profondeur, qui n'était autre que la seconde loge utérine, laquelle fut curettée à son tour et renfermait une muqueuse altérée.

L'examen utéroscopique permit de vérifier l'existence de cette bride et de cette seconde loge.

46. — **Utérus bipartitus unicollis et vagin double.** — *La Gynéc.*, août 1899.

Observation d'une femme qui présentait, sur la face antérieure et la face postérieure du vagin, une crête charnue occupant la ligne médiane; ces deux crêtes, rapprochées, reconstituaient la cloison d'un vagin double, qui avait été déchirée lors d'un premier accouchement récent. L'intérêt de l'observation consiste en ce que l'utérus, également double, en forme de cœur, avec une cloison médiane très nette, présentait un col unique sur lequel ne se retrouvait, même à l'état de cicatrice, aucune trace du cloisonnement qui aurait dû logiquement s'observer à son niveau.

On est donc obligé d'admettre que la séparation des deux conduits vagino-utérins, nettement accentuée aux deux extrémités de ces conduits, cessait au niveau de la cavité cervicale et en avant du col lui-même.

La malade, atteinte de métrite, fut curettée, après large dilatation, et la cloison utérine fut détruite au thermo-cautère. Les débris vaginaux de la cloison qui incommodaient pendant les rapports furent reséqués.

Leur examen microscopique montra, dans leur épaisseur, l'existence de fibres musculaires.

47. — **Traitement opératoire des rétrodéviations utérines.** — *La Gynéc.*, avril 1896.

Étude critique des très nombreux procédés opératoires préconisés

pour la cure radicale des rétrodéviations et classification des diverses méthodes.

48. — **Deux cas d'évacuation spontanée de pyosalpinx, consécutive à une occlusion momentanée de l'orifice cervical.** — *Nouv. Arch. d'Obst et de Gyn.*, 25 janvier 1894.

Chez les deux malades que nous avons observées, et qui portaient des lésions annexielles, les lèvres du col s'étaient soudées à la suite d'une amputation de Schröder. Il y eut rétention des règles et hématométrie. Sous l'influence de celle-ci et de la distension utérine, la perméabilité de l'*ostium uterinum* fut agrandie et la communication s'établit largement avec les trompes. Quand on libéra le col par une incision, et que le liquide fut évacué, les collections tubaires disparurent du même coup.

49. — **Enterocèle adhésive et lésions annexielles.** — *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 avril 1893.

Deux observations, de diagnostic difficile, dans lesquelles des anses intestinales prolabées dans le cul de sac de Douglas et fixées par des adhérences anciennes, en imposaient pour des annexes enflammées et prolabées, diagnostic réformé par l'inspection directe au cours de la laparotomie.

50. — **Le traitement de l'hématocèle et de la grossesse extra-utérine.** — *Rev. de Thér.*, 15 février 1895.

Étude critique des divers traitements chirurgicaux préconisés, avec conclusion en faveur de l'incision vaginale.

51. — **Grossesse tubaire rompue. Présentation de pièces.** — *Soc. d'Obst.*, 8 décembre 1902.

Grossesse tubaire de 3 mois 1/2, rompue, avec accidents péritonéaux très graves. Le diagnostic posé par le médecin de la famille, au début des accidents, avait été celui d'appendicite. Quand nous fûmes appelé, la malade était presque agonisante, le pouls filiforme, à 140, et les syncopes se succédaient à courts intervalles. Après la laparotomie, la malade parut devoir guérir et la situation était bonne, quand elle fut emportée brusquement, cinq jours après l'opération, par une syncope.

Les pièces présentées montrent qu'il s'agit d'une grossesse tubaire véritable, siègeant près du pavillon de la trompe rupturée. Le fœtus fut retrouvé libre parmi les anses intestinales, au milieu d'une masse énorme de caillots sanguins.

52. — **Du choix de la voie opératoire dans les affections abdominales.** *Rev. de Thér.*, 1er mars 1896.

Étude critique concluant en faveur de la voie abdominale.

53. — **La péritonite post-opératoire** — *La Gynécologie*, avril 1896.

Étude sur les conditions qui favorisent le développement de la péritonite post-opératoire : stagnation du sang dans le petit bassin, inhibition des réflexes péristaltiques par le tiraillement prolongé exercé sur les ligaments larges au cours de l'intervention.

54. — **Abcès sous-vésical et phlegmon du ligament large.** —*La Gynéc.*, 15 août 1904.

La malade qui forme le sujet de cette observation avait fait une fausse couche, à deux mois et demi de grossesse, précédée, quelques semaines auparavant, de douleurs dans la fosse iliaque gauche. Quelques jours après, apparaissaient des phénomènes péritonitiques inquiétants, avec pertes vaginales fétides. Transportée à l'hôpital, on diagnostiqua chez elle une antéversion utérine ; l'interne parla de kyste vaginal. Elle quitta l'hôpital au bout de quinze jours. Ses douleurs allèrent peu à peu en diminuant, mais les pertes fétides, aqueuses et non véritablement purulentes, continuaient, malgré des injections antiseptiques. Le médecin prescrivit le port d'un pessaire, qui fut très mal supporté, et celui d'une ceinture ventrière avec pelote.

Quand elle se présenta à notre clinique, nous trouvâmes sur la voûte du vagin une collection occupant la ligne médiane, à contour fusiforme, paraissant se perdre vers le cul-de-sac gauche. Celui-ci était empâté ; l'ovaire était augmenté de volume. L'utérus était absolument sain.

Nous incisâmes franchement la paroi vésico-vaginale. Il s'échappa une assez grande quantité de pus très fétide et, par la large incision, nous pûmes introduire le doigt jusque dans une cavité irrégulière, à parois lisses, occupant l'intérieur du ligament large : l'ovaire était

perceptible tout proche. La malade guérit rapidement après un simple drainage.

L'explication qui semblerait la plus naturelle serait celle d'une infection post-abortive, ayant déterminé un phlegmon du ligament large : le pus aurait fusé vers la vessie, perforé l'aponévrose pelvienne ou le prolongement de l'aponévrose ombilico vésicale de Delbet, pour s'étaler entre le fond de la vessie et le vagin et créer là la collection que nous avons incisée : celle-ci se vidait déjà partiellement, sous forme de pertes aqueuses et fétides, par quelque pertuis punctiforme, que nous ne pûmes d'ailleurs retrouver, mais qui existait certainement car le pus ne provenait sûrement pas de l'utérus.

Une analyse plus méthodique des faits nous a conduit à une explication, en apparence plus compliquée, et cependant plus légitime. Si l'on considère que les douleurs dans le flanc droit avaient précédé de plusieurs semaines la fausse couche, que le phlegmon de la fosse iliaque s'est manifesté quatre jours après cette fausse couche, que dès cette époque il existait une saillie à la voute du vagin, qui en imposa au chirurgien de l'hopital pour une antéversion et à l'interne du service pour un kyste vaginal, si l'on remarque enfin que la collection était strictement médiane, fusiforme, bien délimitée, et d'autre part que l'utérus ne présentait aucune trace d'inflammation, on est conduit à admettre que les faits se sont passés dans l'ordre inverse de celui que nous avons indiqué, c'est-à-dire que c'est le kyste vaginal qui a commencé. Il a suppuré et a éclaté dans le tissu cellulaire; le pus a fusé alors vers le ligament large, qu'il a excavé. Ainsi s'explique qu'en l'absence d'une infection utérine, qui n'aurait pu disparaitre aussi rapidement, le phlegmon ait semblé apparaitre quatre jours après l'avortement alors que c'est vraisemblablement lui qui l'a provoqué.

55. — **Traitement médical des inflammations pelviennes chez la femme.** — *Rev. de Thér.*, 15 décembre 1907.

Revue pratique dans laquelle sont indiquées les diverses médications à attribuer aux différents types cliniques les plus fréquents : formes aiguës de la blennorhagie et de l'infection puerpérale ou post-abortive; formes chroniques : périmétrite et paramétrite. Les applications de glace dans la période franchement inflammatoire, les sacs d'eau chaude dans les périodes douloureuses de l'état subaigu, les lavements très chauds, à garder, additionnés d'antipyrine et d'ichtyol, les révulsifs

(vésicatoires, carré de flanelle arrosé d'essence de téréhenthine), les injections très chaudes, le tamponnement vaginal méthodique, le repos en position allongée, telles sont les diverses ressources à mettre en œuvre suivant les indications.

56. — **Sur quelques applications du thigénol en Gynécologie.** — *Rev. de Thér.*, 15 décembre 1904.

Le thigénol est un ichthyol artificiel, obtenu en traitant une huile végétale par l'acide sulfurique de Nordhausen : le produit brun et visqueux qui résulte de la réaction est lavé plusieurs fois à l'eau et neutralisé. Il possède les mêmes propriétés que l'ichtyol, mais avec une composition plus constante que celui-ci, qui est le produit naturel de la distillation de roches schisteuses à poissons, d'où son nom.

Comme l'ichthyol, il est légèrement antiseptique, réducteur par son soufre, cicatrisant et surtout décongestionnant. C'est un bon topique résolutif que nous avons employé avec avantage dans le traitement des métrites (en tampons vaginaux imbibés de glycérine avec 1/10 de thigénol) et des prostatites (lavements chauds, à garder, avec 1/200 de thigénol).

57. — **Emploi de la novocaïne en gynécologie.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 24 octobre 1906.

Relation de 21 cas, dans lesquels la novocaïne a été employée, soit en badigeonnages intra utérins, soit en injection dans les tissus utérins eux-mêmes, pour pratiquer le curettage sans anesthésie générale. Outre une toxicité très inférieure à celle de la cocaïne, ce qui met à l'abri de tout danger d'intoxication, la novocaïne a sur la stovaïne, également plus toxique, l'avantage de ne pas être vaso-dilatatrice et de ne pas exposer aux hémorrhagies, ce qui a ici une importance particulière. L'anesthésie, un peu plus lente à s'établir qu'avec la cocaïne, est beaucoup plus durable.

58. — **L'orthoforme en gynécologie.** — *Comm. à l'Acad. de Méd.*, 10 mai 1898 et *Rev. de Thér.*, 25 mai 1898.

L'orthoforme (éther méthylique de l'acide para-amido-méta-oxybenzoïque), est un anesthésique local précieux. Mais il n'agit pas sur les muqueuses normales à la façon des badigeonnages de cocaïne ; il

est nécessaire que l'épithélium soit entamé et que le produit soit absorbé dans les couches sous jacentes, pour qu'il atteigne les terminaisons nerveuses. Il est insoluble dans l'eau, mais se dissout lentement dans les liquides alcalins. Appliqué sur une plaie, il constitue donc une sorte de réserve de substance anesthésique, qui n'est attaquée que lentement par l'exsudat et peut ainsi prolonger son action pendant plusieurs heures.

Il ne détermine pas d'intoxication, grâce à la lenteur de son absorption qui répond sensiblement à la vitesse normale de l'élimination. Les observateurs qui sont parvenus à obtenir des phénomènes d'intoxication, le doivent à ce qu'ils ont incorporé l'orthoforme à des corps gras, huile ou pommade, qui dissolvent le produit et le rendent immédiatement absorbable. La plaie se trouve alors dans les mêmes conditions que si elle était en contact permanent avec une solution de cocaïne.

Nous avons appliqué l'orthoforme au traitement des ulcérations vulvaires, depuis le prurit avec excoriation, où il donne des résultats remarquables, jusqu'au cancer. Introduit en poudre sur une mèche de gaze dans la cavité utérine, il atténue beaucoup les douleurs inhérentes au travail de dilatation. Celle-ci ne s'opérant guère sans quelque fissuration de la muqueuse, l'orthoforme se trouve placé précisément dans les conditions où il peut exercer son action.

L'utérus préparé par cette méthode une heure avant une intervention, peut subir le curettage avec une réduction très marquée de la sensibilité.

39. — Un cas de superinvolution utérine avec aménorrhorrée et galactorrhée persistant depuis 14 mois. — *Soc. d'Obst.*, 17 mai 1900 et *La Gynéc.*, 15 juin 1900.

La malade, objet de cette observation, avait accouché, quatorze mois auparavant, d'un enfant qui mourut aussitôt après sa naissance. Depuis cette époque, elle n'a cessé d'avoir du lait dans les seins, quelque traitement que l'on ait employé. Il s'écoule non seulement à la pression, mais d'une façon continue, et mouille l'ouate dont le sujet recouvre sa poitrine. Les règles n'ont jamais reparu depuis l'accouchement. La malade a beaucoup engraissé, au point qu'elle se croit enceinte. L'utérus est dur, petit, et en voie d'atrophie manifeste.

Gottschalk a cité un cas d'atrophie utérine consécutive à l'allaite-

ment prolongé. Dans notre cas, il n'y a pas eu d'allaitement. Ce n'est donc pas l'excitation du mamelon par la succion due au nourrisson, laquelle agit d'une façon réflexe sur la musculature utérine — au point que certaines femmes accusent de véritables tranchées quand elles donnent le sein pour la première fois — qui est ici en cause, mais le travail physiologique lui-même de la glande mammaire restée en activité.

Recherches inédites. — Depuis la publication de cette observation, nous avons rencontré à la consultation de la Maternité et à celle de notre clinique, douze femmes atteintes d'aménorrhée complète depuis plusieurs années, et *chez toutes* il existait, à un degré plus ou moins présumé, de la persistance du lait dans les seins. Une de ces malades en avait en telle abondance qu'elle aurait pu allaiter un enfant. La composition du lait était normale, avec une richesse exceptionnelle en beurre. D'autres n'avaient qu'une sécrétion modérée, humectant à peine leur linge, ou qu'il fallait rechercher par expression, comme chez une femme enceinte. Toutes avaient une atrophie très nette de l'utérus, avec involution sénile portant même sur le vagin et la vulve. La plupart avaient accouché et nourri leur enfant. Trois avaient fait des fausses couches, par conséquent n'avaient pas nourri. La malade, citée plus haut, dont la sécrétion lactée était remarquablement active, n'avait jamais été enceinte. Toujours très bien réglée, elle avait vu ses menstrues s'arrêter un jour brusquement à la suite d'une très vive contrariété. Dès le lendemain, le lait apparaissait dans ses seins qui prenaient bientôt le développement de ceux d'une nourrice, et la sécrétion ne s'était jamais arrêtée depuis lors, quelques moyens que l'on eût mis en œuvre. Pendant plusieurs mois, nous lui fîmes absorber de l'iode à l'intérieur et comprimer énergiquement les seins, recouverts d'une pommade à l'acétate de plomb, au camphre et à la cigüe. La sécrétion diminua notablement, mais ne s'arrêta point. Des applications de courant continu, l'ionisation iodée ne donnèrent pas de résultats concluants, pas plus qu'aucune médication ne put ramener le cours des règles.

L'action antagoniste des glandes mammaires et des organes génitaux est un fait bien connu, mais nous ne croyons pas que l'on ait signalé encore des cas où elle s'exerce d'une façon aussi grave que par l'atrophie définitive des organes génitaux coïncidant avec l'établissement spontané de la sécrétion lactée.

On peut conjecturer que c'est ici la modification de l'état utérin qui

est le primum movens. C'est parce que l'utérus cesse de présenter la spoliation menstruelle régulière que le lait apparaît, comme il commence à le faire quand les règles sont supprimées par la grossesse. Si d'autre part la sécrétion lactée, pendant l'allaitement normal, devient à son tour la cause de l'arrêt des règles, qui reparaissent avec le sevrage, il semble bien que cette action est beaucoup moins énergique que celle que nous avons vue, dans nos observations, s'exercer en sens inverse. Il existe des cas de lactation prolongée, observés fréquemment chez les peuples de race espagnole, où les femmes allaitent parfois pendant plusieurs années, — moins par dévouement maternel, sans doute, que dans l'espoir illusoire d'être à l'abri d'une nouvelle grossesse — et chez qui l'on n'a pas signalé, à notre connaissance, des faits fréquents d'atrophie définitive de l'utérus. C'est ce qui explique que les traitements par lesquels nous avons tenté, en arrêtant la sécrétion lactée, de ramener le cours des règles, ont été suivis d'échecs aussi absolus.

60. — **Guérison d'accidents oculaires graves chez une aménorrhéique par le traitement emménagogue.** (En collaboration avec le Dr Sendral). *La Gynéc.*, 15 janvier 1904.

Cette observation fournit un nouvel exemple de l'action de répercussion exercée par la suppression des règles sur des organes très éloignés, tel que l'appareil oculaire. Mais notre cas offre ceci de particulier que l'arrêt d'un processus pathologique très grave du côté du globe oculaire fut obtenu non seulement avec le retour de la menstruation suspendue, mais avant que les premières gouttes de sang ne fussent apparues, c'est-à-dire dès que le molimen menstruel eût été rappelé par un traitement approprié et que les ovaires eurent repris leur fonctionnement physiologique normal. Or on a l'habitude, lorsque le retour des règles amène la suppression d'accidents à distance que leur disparition paraissait avoir provoqués, — d'expliquer le fait par une vague action vicariante, dans laquelle la spoliation sanguine jouerait le principal rôle, à telles enseignes qu'on a souvent essayé de réaliser celle-ci par une simple saignée, soit qu'on pensât obtenir une décharge de principes toxiques, soit qu'on voulût donner le branle à l'abaissement de la tension sanguine.

La sécrétion interne de l'ovaire produit de l'hypotension, stimule les phénomènes d'oxydation, est destructrice de principes toxiques; l'insuf-

fisance ovarienne s'accompagne en effet d'hypertension et de phénomènes congestifs, de ralentissement de la nutrition pouvant aller jusqu'à l'obésité dans quelques cas, et enfin de symptômes relevant de l'intoxication chronique, tels que la céphalée, les vertiges et les troubles nerveux.

Il est donc probable que ce qui manque à l'aménorrhéique, c'est bien plus l'activité de la sécrétion interne de l'ovaire, que le phénomène de l'hémorrhagie mensuelle qui n'en est lui-même qu'une conséquence, quelque opinion que l'on ait sur le rôle éliminatoire (Charrin) ou même sécréteur (Keiffer) de cette production sanguine.

Notre observation prouve en effet qu'il suffit de réveiller l'activité endosécrétrice de l'ovaire, sans que les choses aillent jusqu'au retour des règles proprement dites, pour agir sur les troubles dépendant de l'aménorrhée. C'est ce qui se passe d'ailleurs quand on remédie aux troubles consécutifs à la castration féminine par le seul emploi de l'opothérapie ovarienne, sans le secours des saignées et des purgatifs hydragogues, à quoi se réduisait la thérapeutique ancienne.

Notre malade, âgée de 34 ans, avait vu ses règles diminuer graduellement à l'âge de 29 ans, après la perte de son mari : à 30 ans, elles avaient complètement disparu.

En même temps son œil gauche devenait sensible, puis douloureux, et sa vue baissait rapidement de ce côté. Le Dr Abadie diagnostiqua un glaucôme, sur lequel furent épuisés tous les traitements, y compris la sympathectomie pratiquée par le Dr J.-L. Faure, à la Charité en 1901. Le soulagement fut de courte durée, sans améliorer la vue qui, en 1902, était définitivement perdue. Les douleurs réapparaissant, M. Abadie pratiqua une iridectomie : le résultat fut nul et les douleurs réapparurent de plus en plus fortes, soit dans l'œil, soit dans la région périorbitaire.

Influencée par les conseils d'une amie qui lui affirmait que « son sang était tombé sur ses yeux », elle vint nous consulter.

Il existe une atrophie complète de tout l'appareil génital : la vulve est presque sénile : l'utérus, à col atrophié, mesure 4 centimètres de long. Les ovaires sont imperceptibles au toucher.

L'œil gauche est dur, très douloureux et fortement injecté dans la région ciliaire. Il existe un coloboma opératoire. L'œil droit présente un vaste ulcère vasculaire de tout le secteur interne de la cornée, avec photophobie intense et tension au-dessus de la normale.

Le traitement prescrit consiste en capsules d'ovarine, dragées d'apiol, cachets d'aloès et de tartrate ferrico-potassique.

Au bout de sept jours, l'amélioration est déjà surprenante. Les douleurs dans l'œil gauche, qui ont résisté depuis cinq ans à tous les traitements, sont nettement en décroissance. On peut constater que la région ciliaire sur les deux yeux est moins injectée. La marche de l'ulcère de l'œil droit est arrêtée. Vingt jours plus tard, l'amélioration est encore plus nette. La malade ne souffre plus du tout. Le processus glaucomateux est arrêté du côté droit : l'ulcère est en voie de cicatrisation.

Cinq semaines après le début du traitement, les règles apparaissent, peu douloureuses, peu abondantes, mais durant deux jours pleins. A ce moment l'œil gauche est complètement indolore : la cicatrisation de la cornée est complète. La malade est considérée comme guérie.

Les mois suivants, le traitement emménagogue ayant été continué, les règles réapparaissent. La guérison s'est maintenue depuis lors et les règles sont revenues régulièrement, toujours un peu faibles. L'œil droit a été énucléé ultérieurement par crainte de troubles sympathiques.

61. — **Du moment opportun de la cure thermale chez les utérines.** — *Communication au Congr. d'hydrol. de Grenoble*, septembre 1902 et *La Gynéc.*, décembre 1902.

La cure thermale est avant tout une cure de terrain. L'importance du rôle que joue celui-ci dans la résistance plus ou moins grande à l'infection et dans le concours donné aux processus ultérieurs de réparation, nous apparaît chaque jour plus considérable. C'est dire que l'envoi d'une malade aux eaux ne doit plus être considéré comme l'épilogue d'une guérison lentement obtenue par les moyens thérapeutiques ordinaires, ou comme un pis aller dans les cas rebelles. Beaucoup de malades, chez lesquelles l'arthritisme, le déséquilibre vasculaire, l'auto-intoxication chronique entretiennent un état infectieux ou même des lésions, sur lesquels la thérapeutique locale n'a qu'une prise lente et difficile, verraient les choses se modifier du tout au tout, en quelques semaines, si l'on faisait appel de bonne heure, pour elles, au traitement thermal.

L'opportunité de cet appel varie donc essentiellement avec les sujets. Ce qu'il importe, c'est que le gynécologue soit bien convaincu, que l'indication doit ressortir de l'état général de sa malade et non de l'arrivée des mois de vacances, — alors que les stations du sud de la France sont ouvertes toute l'année.

La cessation de la douleur quand les lésions persistent est un signe général que l'on peut considérer comme annonçant la fin de la période inflammatoire proprement dite et permettant l'entrée en jeu de la cure thermale, infiniment plus efficace que la cure de chaise longue à domicile, dont on se contente trop souvent. Mais il est des sujets nerveux chez lesquels cette douleur persiste au delà de la période légitime et qui devront y être envoyés sans attendre la cessation d'un trouble qui trouvera aux eaux son plus sûr moyen de cure.

La cessation des pertes sanguines est un autre signe importaut qui doit également être discuté dans chaque cas. Si les hémorrhagies dépendent d'un état congestif sans lésions végétantes de la muqueuse, le départ aux eaux trouve son indication immédiate. S'il existe un fibrome, il faut, contrairement à l'opinion courante, ne point trop compter sur l'action thermale pour le faire disparaître, mais demander seulement à celle-ci de relever l'état général affaibli par les hémorrhagies et de diminuer la congestion utérine de voisinage.

La cure thermale ne doit pas être limitée aux 21 jours traditionnels. Il est plutôt désirable que la femme ait son époque menstruelle au cours de sa cure, de façon à l'interrompre quelques jours pour se reposer, et à la reprendre ensuite quand les règles sont terminées, c'est à dire au moment où l'utérus ayant refait sa virginité mensuelle, est spécialement vulnérable, non seulement pour les agents infectieux mais aussi pour les actions thérapeutiques.

Le médecin hydrologue aura pour devoir de s'en tenir à l'emploi des moyens thermaux, sans intervenir par une action personnelle inopportune : il ne devra aider au traitement que par les prescriptions hygiéniques qui peuvent ajouter à l'effet de la cure sur la rénovation de l'état général.

62. — Observation d'un pessaire ayant séjourné trente-deux ans dans un vagin. Présentation de la pièce. — *Soc. obst. et gyn.*, 10 janvier 1899.

Il s'agissait d'une femme de 70 ans, présentant des pertes vaginales à odeur fécaloïde. Nous pensions *a priori* à un néoplasme. Le toucher vaginal révéla la présence d'un corps dur et cylindrique à parois rugueuses, qui n'était autre qu'un pessaire, placé là, comme nous l'apprîmes par l'interrogatoire de la malade, 32 ans auparavant, à l'Hôtel-Dieu, et qui n'avait jamais été retiré.

C'était un pessaire annulaire de bois, creux, en cuvette. Sa partie antérieure libre était incrustée de sels calcaires. Le reste de sa périphérie était engagé dans les tissus vaginaux où il avait profondément pénétré. La cloison recto-vaginale était ouverte, comme on le vit après l'ablation de l'instrument, sur une étendue de cinq à dix centimètres. Cette ouverture se referma plus tard spontanément.

63. — **Volumineux fibrome du segment inférieur faisant obstacle à l'accouchement. Application de forceps. Résorption spontanée du fibrome en trois semaines.** — *Soc. obst. et gyn.*, 18 janvier 1900.

Observation d'un cas d'accouchement difficile dans lequel il nous fut donné de vérifier que le fibrome diminuait de volume au moment des contractions, se contractant lui-même avec le reste de la musculature utérine. Après l'accouchement, la résorption spontanée, fait connu par ailleurs, fut remarquablement rapide.

64. — **Statistique personnelle de cent cas d'avortements sans un seul décès.** — *Soc. d'obst.*, 20 mars 1902.

Cette statistique, exceptionnellement heureuse, renferme les cas les plus divers : le seul point commun fut la technique du traitement qui, pour tous les cas, graves d'emblée ou non, fut : la dilatation, l'exploration intra-utérine, le curettage, l'écouvillonnage à la glycérine créosotée au tiers, l'injection intra-utérine de teinture d'iode, le drainage à la gaze imbibée de glycérine antiseptique.

Le total comprend 8 avortements embryonnaires, tous au 3e mois, et 92 avortements fœtaux (59 au 4e mois, 28 au 5e mois et 2 au 6e mois). Dans 8 cas l'action de la syphilis était manifeste, dans 5 autres elle était légitimement soupçonnée ; une fois l'avortement était dû à un traumatisme, une fois au paludisme, une fois à la tuberculose. 52 fois il y avait eu manœuvres criminelles avouées ; 20 fois celles-ci étaient niées, mais les circonstances cliniques et le milieu nous autorisaient à les soupçonner formellement. 11 fois la cause ne put être déterminée; une fois l'avortement fut le résultat accidentel de l'introduction d'un instrument chez une femme de 46 ans, *vierge*, non réglée depuis deux ans, et atteinte d'hémorrhagies persistantes qui en avaient imposé pour l'existence d'un polype.

Les 52 cas où les manœuvres criminelles étaient avouées, se décom-

posaient ainsi, au point de vue des auteurs de ces manœuvres : 22 fois des sages-femmes, 2 fois des étudiants, 6 fois « une amie », 1 fois le mari, 1 fois un pharmacien, 1 fois un médecin (la femme a pu se vanter). 19 fois les malades prétendaient s'être fait avorter elles-mêmes, 5 fois avec des breuvages (?), 14 fois par des manœuvres (injection de savon 9 fois, exercices violents, équitation et bicyclette 3 fois, aiguille à tricoter 1 fois, crochet en os 1 fois).

Parmi les femmes qui attribuaient l'intervention à une sage-femme, les manœuvres employées auraient été les suivantes : 15 fois l'emploi d'une tige métallique (hystéromètre ou aiguille à tricoter?), 10 fois l'emploi d'une sonde en gomme avec injection violente de liquide, toujours extrêmement douloureuse, paraît-il, et 2 fois suivie d'un évanouissement ou d'une syncope :) pour les autres fois, les malades ont déclaré ne pas savoir ce qu'on leur faisait et n'avoir pas vu d'instruments, sauf l'introduction d'un spéculum.

Pas une fois nous n'avons pu trouver la preuve incontestable de ces manœuvres, sous forme de blessures du col. Au point de vue médico-légal, lorsque les interventions étaient niées, et malgré notre conviction très ferme de leur existence, en raison des circonstances, des réponses embarrassées et des explications manifestement mensongères, pas une seule fois nous n'aurions osé conclure un rapport dans le sens de la culpabilité en nous basant sur les seuls phénomènes objectifs.

Dans le cas des manœuvres avouées, les malades, sauf pour les injections intra-utérines très douloureuses signalées plus haut, déclaraient le plus souvent n'avoir presque rien ressenti ; plusieurs rentrèrent chez elles immédiatement à pied. Quelques-unes, par contre, ressentirent presque aussitôt le début de coliques extrêmement violentes : la plupart de ces dernières sentirent un suintement sanguin dans la soirée et le lendemain. Une seule eut une hémorrhagie abondante presque immédiatement.

Le plus souvent, ce ne fut qu'après 2, 3, 4 et même une fois 8 jours de calme que les contractions utérines apparurent. Quatre malades, ne voyant rien venir au bout de 3 jours, étaient retournées chez la sage-femme pour une seconde séance

Deux enfin étaient allées chez une sage-femme qui leur avait fait, semble-t-il, un simulacre de manœuvres, avait empoché de suite le prix du crime, et lorsqu'elles revinrent se plaindre de ne voir rien apparaître, les avait mises à la porte. Elles durent en aller voir une autre plus consciencieuse (!).

Sur les malades trop peu nombreuses que nous avons pu revoir après leur guérison, 8 sont redevenues enceintes, dont 2 ont avorté, volontairement récidivistes. Quatre n'ont plus eu d'enfant. Une est restée aménorrhéique pendant 2 ans. Une a eu de l'oblitération passagère de l'orifice cervical.

Nous concluons qu'en tout état de cause, lorsque les manœuvres sont avouées, et lorsque, celles-ci étant niées, la température s'élève, il faut agir énergiquement selon la technique que nous avons décrite. Mieux vaut un curettage *de luxe*, inoffensif quand il est pratiqué selon les règles, que le risque de laisser perdre un temps précieux et de voir l'infection se propager et devenir hors d'atteinte pour nos moyens d'action.

65. — **Des lésions de la caduque dans certains cas d'avortement.** (En collaboration avec M. le Dr Maygrier.) — *Soc. d'Obstétrique*, 17 mars 1904.

Présentation et description de deux caduques anormales : L'une d'elles, expulsée en totalité, très hypertrophiée, mesurait 20 centimètres sur 10 : elle pesait 55 grammes, presque autant que l'œuf derrière lequel elle était sortie (59 grammes). La seconde, de dimensions un peu moindres était non moins hypertrophiée quant à l'épaisseur.

L'examen microscopique a révélé dans les deux caduques une structure presque identique et qui ne paraît différer de la normale que par une sorte d'hyperplasie générale. Les lacunes sont particulièrement développées dans la caduque de la seconde observation, larges et aplaties concentriquement : à l'œil nu, même, cette disposition donne à la région fœtale de la tranche un aspect presque feuilleté. Dans l'une et l'autre, et surtout dans la caduque de la première observation, on voit d'abondantes cellules embryonnaires envahir la zône des cellules déciduales jusqu'à y créer de véritables îlots. Autour des vaisseaux, on trouve des amas de cellules jeunes : dans certains, il y a de la thrombose.

A ces signes, il semble bien difficile de ne pas reconnaître l'existence d'un processus inflammatoire — endométrite déciduale — et non une simple migration normale de lymphocytes venant de l'utérus et infiltrant la couche profonde de la caduque, processus que les histologistes regardent comme habituel.

La question se pose de savoir à quels signes se reconnaît l'inflammation véritable de la caduque, fait clinique indéniable, entraînant l'avor-

tement, — et à quel moment elle se distingue de l'infiltration de lymphocytes dans la couche profonde, infiltration que les histologistes admettent comme un fait nécessaire, préparant à longue échéance la mortification de cette zône et son détachement au terme de la grossesse.

66. — **Traitement des crevasses du mamelon par l'orthoforme.** (En collaboration avec M. le Dr Maygrier.) — *Bull. de la Soc. obst. et gyn.*, **10 novembre 1898.**

En raison des propriétés énoncées plus haut, nous avons pensé que l'orthoforme constituerait le médicament de choix à appliquer au traitement des crevasses si douloureuses du mamelon.

L'événement a justifié notre prévision. Chez 40 malades du service d'accouchement de l'hôpital de la Charité, nous avons traité systématiquement les crevasses du sein par des applications d'orthoforme. Successivement ont été expérimentées : la poudre d'orthoforme avec pansement sec, la poudre avec pansement humide, et enfin la solution alcoolique saturée. Nos préférences vont à ce dernier mode d'emploi. L'application de la poudre est toujours suivie d'une très légère cuisson, le plus souvent insignifiante, et qui s'atténue à mesure que progresse la guérison de la crevasse. Le contact de la solution alcoolique produit une douleur semblable, pas plus forte, disparaissant très vite quand on a le soin d' « éventer » la surface cutanée immédiatement après l'application du topique.

L'analgésie apparaît aussitôt après la disparition de la sensation de cuisson. Elle se maintient pendant 5 à 6 heures en moyenne.

Dans la pratique, l'orthoforme est appliqué aussitôt après la tétée. Quand arrive l'heure de la tétée suivante, le mamelon est lavé à l'eau bouillie pour éviter que l'enfant absorbe de l'orthoforme, — ce qui n'offre d'ailleurs guère d'inconvénient, le produit n'étant pas toxique quand il est introduit par les voies digestives.

Chez presque toutes nos malades, à de très rares exceptions près, la tétée, qui était un véritable supplice, est devenue complètement indolore. La cicatrisation de la crevasse s'est effectuée plus rapidement qu'après l'application des topiques anciens; l'orthoforme est d'ailleurs doué d'un pouvoir antiseptique non négligeable.

Nous n'avons jamais observé aucun accident ni chez l'enfant, ni chez la mère. Comme nous l'avons dit, à l'article 58 (page 34), les

accidents ne sont à redouter que lorsqu'on incorpore l'orthoforme à un véhicule qui le solubilise, tel que les corps gras.

67. — **A propos de l'alimentation des nourrissons.** — *Bull. de la Soc. de Thér.*, 23 décembre 1903.

Le coupage du lait avec du petit-lait au lieu d'eau stérilisée, donne chez les nourrissons des résultats remarquables, se traduisant par un accroissement plus rapide du poids. Il serait désirable que ce petit lait fût stérilisé à froid, par le filtrage à travers la bougie, et non par l'ébullition, qui détruit le pouvoir des ferments du lait et lui donne des qualités alimentaires peut-être un peu différentes.

68. — **A propos du traitement de l'imperforation congénitale de l'anus.** *Soc. obst. et gyn.*, 9 mai 1901.

Observation d'une petite fille que nous opérâmes à la Charité, pour une imperforation congénitale de l'anus. Par une méprise, le cylindre trouvé au fond de l'incision et que nous abouchâmes avec les lèvres de celles-ci pour le fixer par quatre points de suture et l'ouvrir ensuite, croyant avoir affaire au rectum, se trouva être le vagin. L'erreur reconnue aussitôt, fut promptement réparée. Le vagin fut suturé, le rectum recherché (il était au niveau du promontoire du sacrum), attiré, et suturé. L'enfant, revue plusieurs mois après, était en parfait état de santé.

Nous concluons en recommandant, pour éviter pareille erreur, de placer une sonde dans le vagin quand on pratique semblable opération chez les petites filles nouveau-nées.

69. — **Malformations multiples chez un fœtus à terme mort-né (méningocèle, double spina-bifida, hexadactylie, etc.).** (En collaboration avec le Dr Maygrier.) *Soc. d'Obst.*, 15 juin 1899. 4 planches.

Présentation et étude d'un fœtus à terme, monstrueux à des titres très divers : méningocèle renfermant le cervelet, spina bifida cervical, spina bifida sacré, hexadactylie aux quatre membres, double pied bot varus équin, double main-bote, reins polykystiques énormes donnant à l'abdomen l'aspect de ventre de crapaud. L'urèthre est perméable, mais la vessie est vide. Un organe aplati et irrégulier, de la taille d'une

pièce d'un franc, est appendu au rein droit, figurant un débri persistant du corps de Wolff, et va se fixer au péritoine, à l'aide d'un pédicule, à la face postérieure du pubis, au niveau d'une fossette correspondant à l'orifice interne d'un canal inguinal : cette masse se continue latéralement avec un épididyme important, aplati aussi, logeant un testicule en olive, brun, très petit, pourvu d'une sorte d'organe de Giraldès. Pas de verge : à sa place une fossette, logeant un petit tubercule qui pourrait passer pour une ébauche de clitoris avec son capuchon : c'est le méat urinaire; il est perméable. Foie et rate volumineux. Estomac réduit à un tube étroit et mince, du calibre de l'intestin grêle.

L'association de malformations multiples avec l'existence de reins polykystiques a été observée : mais il est rare de rencontrer une pareille accumulation de monstruosités chez le même sujet.

La cause en est inconnue ; la mère ne présente ni syphilis, ni aucune tare appréciable : c'est son premier enfant.

La pièce a été moulée et figure au musée du service (actuellement à la Maternité).

IVe GROUPE

DIVERS

70. — **Alcoolisme et dépopulation.** — *Bull. génér. de Thérapeutique*, 30 juin 1903.

Conférence faite sous les auspices de l'Union française antialcoolique. L'alcoolisme agit, pour diminuer l'accroissement de population, de deux manières : directement, en donnant à l'alcoolique une descendance dégénérée, peu viable, frappée souvent de stérilité quand elle survit, — indirectement, en détruisant le foyer, en enlevant le goût de l'épargne, en installant la misère au logis qui reste médiocre, encombré, et où l'augmentation de la natalité constituerait une calamité redoutée.

71. — **Berlioz et la médecine.** — *La Chronique medicale*, avril 1908.

Berlioz, fils de médecin, vint à Paris en 1821, commença ses études de médecine et prit sa première inscription à la Faculté le 16 novembre (n° 829). Nous avons pu retrouver la trace de cette inscription et des quatre suivantes sur les registres de l'Ecole. La 5e et dernière fut prise le 5 novembre 1822. Peu après, la Faculté fut fermée à la suite de troubles universitaires et ne rouvrit ses portes qu'en février 1823. A cette époque, Berlioz a renoncé à ses études médicales, qu'il paraît d'ailleurs avoir suivies toujours à contre cœur, et se livra entièrement à la composition musicale : mais il éprouva le besoin, on ne sait pourquoi, de subir les épreuves du baccalauréat ès sciences, à la Sorbonne.

Cette unique année d'études, impatiemment supportée, ne paraît avoir laissé aucune trace dans la formation du génie du grand artiste.

72. — **Plan d'une Station thermale idéale.** — *Rapport au Congrès international d'hydrologie d'Alger*. 4 avril 1909.

La plupart des stations thermales, même les plus prospères, n'ont atteint que par des transformations successives leur développement actuel.

Leurs installations, souvent très anciennes (puisque certaines remontent aux Romains eux-mêmes), ne se perfectionnent qu'avec une grande lenteur, souvent inévitable, tandis qu'à notre époque l'industrie thermale se développe rapidement et que l'hydrologie tend à quitter les pratiques anciennes de l'empirisme pur pour devenir une science de plus en plus complexe.

Nous avons supposé que nous avions à tracer le plan d'une ville d'eaux toute neuve, à installer dans une région inoccupée encore, sans avoir à tenir compte d'aucuns reliquats du passé. Nous l'avons conçue comme une véritable ville de santé où toutes les dispositions sont orientées vers le même but : la cure thermale à réaliser aussi complète que possible, dans tout ce qui s'y rattache.

Successivement nous avons décrit les installations diverses convenant à la source et à son captage, à la buvette thermale et aux bains. Nous avons réclamé entre autres nombreux perfectionnements, la création de salles de repos dans l'établissement même, afin que le baigneur puisse s'y reposer comme dans les bains turcs, avant de se rhabiller et de rentrer chez lui, l'installation de salles de massage, de douches, de mécanothérapie pourvues du même dispositif annexe, une meilleure disposition des salles de bain et des piscines, etc.

Au dehors, nous avons prévu la création d'un institut biologique renfermant des laboratoires où seraient groupés tous les moyens d'exploration et d'examen des malades, depuis les analyses urinaires et fécales complètes, les examens du sang, les recherches microbiennes, jusqu'aux épreuves de réaction nerveuse, aux mesures dynamométriques, etc. Ce serait le service permanent de « contrôle de la cure ».

Nous avons été très sobres sur le chapitre des instituts annexes où, pour compléter la cure thermale, sont pratiqués des traitements médicaux actifs non prévus par le médecin traitant.

Les hôtels pour baigneurs, avec de très larges balcons devant chaque chambre pour permettre la cure d'air comme dans un sanatorium, des installations rendant le séjour à la chambre plus confortable dans la journée, l'organisation sérieuse des tables de régime, font l'objet de descriptions très détaillées.

L'installation du parc et des promenades, avec dispositifs pour la cure de terrain, les cures de raisin (si le pays s'y prête), de petit lait, etc., l'organisation pratique d'excursions non fatigantes sont ensuite étudiées.

La question de la maison de conversation et du casino est discutée en détail. Nous concluons à la suppression des jeux et au remplacement des ressources qu'ils procurent par une taxe de séjour imposée aux baigneurs et à leur famille et perçue par une « Chambre d'industrie thermale » où se trouveront réunis les représentants de la municipalité, du corps médical de la station et de l'administration fermière ou propriétaire des eaux.

73. — **Rapport sur le fonctionnement du Bureau des Renseignements de l'Université de Paris.** — *Revue de l'Enseignement supérieur*, juillet 1905 (Voir plus loin, **Bureau des Renseignements**).

Ve GROUPE

ŒUVRES DE PRESSE

A). Association internationale de la presse médicale.

Le 26 juillet 1900, se réunit à Paris, le premier Congrès international de Presse médicale, dont la préparation et l'organisation nous fut confiée, comme secrétaire général. A ce Congrès, présidé par le professeur Virchow et le professeur Cornil, furent étudiées pour la première fois, dans des débats réunissant les représentants les plus autorisés des journaux médicaux des divers pays, un certain nombre de questions d'un intérêt essentiel pour le journalisme médical, et auxquelles les travailleurs des sciences d'aucun pays ne sauraient rester indifférents : la technique moderne des tables des matières des Revues médicales et scientifiques internationales, l'unification de la terminologie adoptée pour la classification scientifique; la protection de la propriété littéraire et artistique dans les publications médicales — les rapports de la presse médicale avec les Congrès internationaux — la création d'une Association internationale de Presse médicale, etc.

A la suite d'un voyage entrepris en Allemagne, Danemark, Norvège, Suède et Russie, où nous avons fait des conférences et pris contact avec les principaux directeurs de journaux médicaux, à la suite de relations établies avec les journalistes médicaux d'Angleterre, d'Espagne, de Portugal, de Belgique, de Hollande, de Bohême et de Hongrie, nous fûmes assez heureux pour voir se constituer une association de presse dans chacun de ces différents pays, qui, sauf l'Allemagne, n'en possédaient pas jusque là.

La préparation des statuts de la future Association de la presse médicale fut confiée à une conférence internationale, qui se réunit à Monaco le 7 avril 1902, et à laquelle les presses médicales allemande,

anglaise, belge, danoise, espagnole, française, hollandaise, hongroise, italienne, norvégienne, portugaise et tchèque étaient représentées. Une des dispositions essentielles des statuts adoptés porte que l'Association internationale serait non un groupement d'individus, mais une fédération des associations de presse des divers pays, constituées chacune selon leurs statuts propres, avec un comité international permanent, dont nous fûmes désigné comme secrétaire général.

Le deuxième Congrès international de presse médicale, que nous organisâmes ensuite, se réunit à Madrid le 20 avril 1903, vota les statuts proposés à Monaco et fonda définitivement l'Association internationale. Il examina en outre un certain nombre de questions professionnelles : les comptes rendus des Sociétés savantes publiés dans les journaux médicaux, les rapports de la presse médicale et de la presse politique, la protection de la propriété des articles et leçons, la publication d'un index méthodique des travaux publiés dans les journaux médicaux des divers pays, etc.

Le comité international permanent, se réunit à Bruxelles, le 1[er] septembre 1904 et s'occupa de diverses questions d'ordre intérieur : cotisations, organisation d'associations nationales nouvelles, reprise des relations avec la presse médicale russe, demeurée hors de l'Association internationale.

La réunion suivante du comité permanent eut lieu à Berne, le 27 avril 1905 : elle y discuta le mode de votation dans les assemblées générales, l'organisation de campagnes de presse concertées entre les différentes associations nationales pour l'obtention de réformes et de progrès communs, les dispositions à recommander quand un auteur publie simultanément un travail dans des journaux de divers pays, etc. Nous-mêmes fîmes mettre à l'étude un projet d'après lequel serait adoptée, pour tous les journaux et Revues de la presse médicale, une disposition commune dans le plan des articles, d'après laquelle l'auteur serait invité à terminer (ou à faire précéder) son travail par un *résumé*, préparé par lui-même, rédigé en français, en anglais ou en allemand, indiquant en quelques lignes les conclusions originales auxquelles il est parvenu, de façon à faciliter le dépouillement rapide des journaux de différentes langues. Ultérieurement, une publication périodique spéciale, ne contenant que ces divers résumés, serait préparée par les soins du comité permanent et adressée à tous les journaux de l'Association, comme les feuilles d'informations des agences politiques.

Le IIIe Congrès international de presse médicale se réunit à Lisbonne le 17 avril 1906 sur la présidence du Dr Cortezo. Les deux principales questions générales traitées se rattachèrent à l'organisation des congrès internationaux de médecine et à la discussion de notre projet exposé plus haut.

Le Comité permanent se réunit ensuite à Londres, le 9 janvier 1907. Il discuta la mise à l'index des auteurs d'articles-réclames, la création d'un Bureau permanent des Congrès internationaux, etc. La réunion suivante eut lieu à Paris, le 3 octobre 1908 et poursuivit la discussion des deux questions précédentes. Elle proposa la création d'un Comité de surveillance des annonces et des produits annoncés. Enfin elle prépara le plan d'organisation du service de la presse au futur Congrès international de Budapest, sur la demande du Secrétaire général de celui-ci. Les rapports et les rapporteurs furent désignés pour le prochain IVe Congrès international qui se réunit à Budapest le 26 août 1909, avant l'ouverture du XVIe Congrès international de médecine.

L'œuvre de l'Association internationale de la presse médicale, comme nous l'avons dit, n'intéresse pas uniquement, ainsi qu'on pourrait le croire, les seuls professionnels des journaux. Tous les travailleurs, lorsqu'ils publient les résultats de leurs recherches, font momentanément œuvre de journalistes, et les progrès à réaliser qui permettront de mettre leur œuvre mieux en valeur et de la répandre au loin plus rapidement et plus sûrement, en facilitant les recherches bibliographiques, contribueront par cela même très efficacement au progrès des sciences médicales. D'autre part, par son organisation permanente, elle simplifie considérablement la besogne des organisateurs des Congrès internationaux. Les réprésentants des bureaux des Associations nationales ont aujourd'hui leur place marquée dans les Comités d'organisation de ces réunions, et maints Congrès internationaux ont pu déjà profiter du concours de leur expérience.

Au total le but de l'Association internationale se précise dans les propositions suivantes qui servent de base à son organisation et résument ce que nous venons d'exposer :

L'Association internationale de la Presse médicale a pour buts :

1° De resserrer les liens confraternels entre les membres de la Presse médicale des divers pays.

2° De travailler au maintien du niveau moral de la profession et à la défense de ses intérêts matériels, — en particulier à la répression de la

contrefaçon et à la lutte contre les périls communs (invasion du journalisme médical gratuit, exigences des annonciers, abus fiseaux ou postaux, etc.).

2° D'étudier par conséquent, dans des assemblées générales périodiques et des réunions de Comité, les mesures propres à assurer cette défense, et de s'efforcer à les faire introduire dans les dispositions légales ou réglementaires des divers pays;

4° D'obtenir, pour l'amélioration de l'exercice de la profession, tous les avantages désirables, en particulier ceux dont bénéficie déjà la presse politique: réductions de prix sur les télégrammes, sur les parcours en chemin de fer, etc.

5° D'agir auprès des comités organisateurs des Congrès internationaux pour faire réserver à la presse médicale le rôle qui lui appartient dans leur organisation et pour en obtenir toutes les facilités nécessaires à l'exercice de la profession (bureau spécial, communication rapide des textes et des comptes-rendus, envoi de circulaires relatives à la préparation des résumés par les auteurs, etc.).

6° De faire adopter, dans les différents pays, par les auteurs de travaux médicaux, dans la rédaction de ceux-ci, telles dispositions communes propres à faciliter le travail ultérieur de la presse médicale (Unification de la terminologie, sommaires détaillés ou résumés terminaux rédigés dans une des trois langues officielles de l'Association ou même dans les trois).

7° De constituer, par l'organe de son Bureau permanent, un tribunal d'arbitrage mis à la disposition des membres de l'Association, en cas de litige d'ordre professionnel entre journalistes de différents pays.

L'Association publie un annuaire de la presse médicale internationale. Elle délivre à ses membres une carte d'identité devant servir de passeport, en cas de voyage à l'étranger, pour l'obtention, de la part des collègues, d'une aide confraternelle dans l'exercice de leur mission.

Elle a mis à l'étude l'organisation d'une agence centrale d'informations scientifiques, destinée à faciliter le travail des revues et journaux médicaux pour les comptes rendus des travaux publiés dans les différents pays.

La langue adoptée pour les relations internationales et les délibérations en séances générales ou en réunions du Comité, est le français.

B. Le Bureau de renseignements de l'Université de Paris.

Le Bureau de renseignements fut créé par nous en 1903, pour répondre à un besoin qui nous avait souvent été signalé au cours de divers voyages à l'étranger. « Le visiteur arrivant à Paris dans un but d'étude, nous disait-on, ne trouve que difficilement l'objet de ses recherches, s'il ne veut perdre un temps considérable. Les affiches officielles ne sont pas suffisantes ni bien placées; les annuaires sont trop brefs. A moins d'user jusqu'à l'indiscrétion de la bienveillance d'un correspondant, on passe ses journées à aller d'un hôpital à l'autre, à n'y point trouver le maître que l'on cherchait, ou à apprendre que son cours a lieu à d'autres moments. Nous sommes beaucoup mieux renseignés à Berlin, ou à Vienne, et quel que soit l'attrait de Paris, nous préférons aller étudier dans l'une de ces deux autres villes. »

C'est pour remplir ce vœu souvent formulé par des amis sincères de notre pays, que nous avons proposé à la fin de 1900, à M. le doyen Brouardel, de nous réserver un local pour l'installation d'un Bureau de renseignements à l'usage des médecins étrangers visitant Paris. Antérieurement nous avions songé d'abord à demander asile à l'Académie de médecine, dont on construisait la nouvelle résidence. Il nous semblait que ce fut là le foyer le plus qualifié de la science médicale française. Malheureusement comme nous le fit observer très courtoisement le secrétaire perpétuel, M. le professeur Jaccoud, la place manquait dans les nouveaux locaux. Notre demande adressée alors au Doyen fut bien accueillie, en principe, mais il restait à trouver les fonds nécessaires pour le paiement d'un employé restant au bureau à demeure Le président du Conseil municipal à cette époque, M. Dausset, que nous allâmes voir, se déclara prêt à nous faire accorder une subvention annuelle de mille francs. M. Brouardel préféra tenir cette subvention du Ministère, et M. Liard, alors Directeur de l'enseignement supérieur, lui promit de demander cette somme à la Commission du budget.

Sur ces entrefaites M. Brouardel fut remplacé au décanat de la Faculté par M. le professeur Debove, auprès de qui nous renouvelâmes notre demande. M. Debove, non moins bienveillant, confirma la con-

cession d'un local dans l'École pratique (l'ancien bureau du chef du matériel), mais il tint à s'y faire autoriser par un avis du Conseil de la Faculté et du Conseil de l'Université. M. Gréard nous accorda immédiatement son appui. D'autre part, M. le professeur Pozzi, chargé du rapport devant le Conseil de la Faculté, concluait de la façon la plus favorable à la nouvelle création : il évaluait à 2.400 francs les dépenses nécessaires pour le paiement du personnel et les frais du bureau. Cette somme devait être demandée partie à l'École, partie à la Ville de Paris.

Le 2 décembre 1902, nous adressions au président du Conseil municipal une demande de subvention de 1.500 francs. MM. Dausset et Félix Roussel, chargés d'établir un rapport sur notre proposition, la prirent si bien en considération qu'ils nous conseillèrent d'en élargir les termes et de créer, non plus seulement un office amical pour les confrères en visite, mais un vaste bureau à l'usage de tous les étrangers venant à Paris, et chargé de les renseigner sur les divers moyens d'études qu'ils pouvaient trouver dans la capitale, en quelque ordre d'idées que ce fut. Sur leur proposition, datée du 29 décembre 1902, une somme de 3.000 francs fut portée au budget pour la création de ce bureau.

Le local, pour lequel on hésita d'abord entre la caserne Lobau et l'Hôtel-de-Ville, fut finalement trouvé à la Sorbonne où M. Liard, devenu vice-recteur de l'Université, en remplacement de M. Gréard, mit à la disposition de la Ville une grande salle d'examens située dans la Galerie des Sciences et qui fut désaffectée dans ce but.

La création du Bureau fut votée le 8 juillet 1903, par le Conseil municipal et, par un arrêté du 31 juillet, M. le vice-recteur nous chargeait officiellement de l'organisation du nouveau service.

La salle nue fut complètement transformée en un vaste bureau confortable, garnie d'un tapis, de tentures, de tableaux obtenus de la Sorbonne et de la Ville de Paris ; le téléphone et la machine à écrire firent leur apparition : une bibliothèque fut aménagée, renfermant les annuaires français de toutes les professions, les grands annuaires étrangers et les documents administratifs utiles. Des périodiques nous consentirent un service gratuit. Nous entreprîmes alors, avec l'aide d'un secrétaire, la confection d'un ensemble de fiches qui constituèrent la partie fondamentale de notre matériel.

Elles furent divisées en trois catégories. La première fut classée par

objets d'étude : là furent indiqués, pour chaque science, les cours, laboratoires, musées, archives, écoles ou établissements d'application s'y rapportant, avec sujet, heures et lieux des cours, conditions d'admission, etc. Exemple : au mot *Agronomie*, se trouveront rangées un certain nombre de fiches indiquant les cours utiles à suivre pour l'élève agronome, aussi bien ceux de l'Institut agronomique que les cours de chimie spéciale et de botanique de la Faculté des sciences, ceux de législation agricole de la Faculté de Droit, ceux de zootechnie du Muséum, ceux d'hydraulique de l'École des Ponts et Chaussées, les cours du conservatoire des Arts et Métiers, les musées, les collections dépendant des divers ministères, les jardins d'études, etc.

Même disposition est adoptée pour tous les objets d'étude.

La seconde catégorie fut réservée aux *centres d'études* : Facultés, grandes Écoles du gouvernement, institutions de la Ville de Paris, services administratifs, hôpitaux, cliniques, services d'hygiène, institutions privées, musées, bibliothèques, associations d'enseignement, sociétés savantes, publications scientifiques. Pour chaque établissement ou chaque institution, furent indiqués sur une fiche spéciale les programmes d'études et les conditions d'admissions, pour les services publics, les heures de visite et les formalités d'admissions.

Enfin la troisième catégorie comprit les noms de toutes les personnalités professant un enseignement, ou dirigeant un laboratoire, un institut, une clinique, un service administratif, avec leurs adresses, leurs heures de réception et au besoin leur numéro téléphonique.

Le nombre de ces fiches atteignit peu à peu 5.000.

Dans la pratique, les renseignements fournis par ces fiches furent complétés par des renseignements verbaux donnés par notre personnel dont l'expérience se développa progressivement. C'est ainsi qu'à tel visiteur qualifié, une carte personnelle d'introduction était remise pour le chef d'un grand service auquel se rattachaient ses recherches; quant il s'agissait de travaux limités à un point particulier, nous pûmes souvent indiquer les personnalités de la part de qui la question avait fait l'objet d'études particulières, les archives où se trouvaient réunis les documents utiles, etc.

Enfin, un répertoire fut établi, indiquant pour chaque jour les conférences ayant lieu à Paris, en dehors des cours réguliers.

Sur les tables figura une collection complète des programmes d'admission à toutes les écoles.

Enfin des cartons, dans la bibliothèque, furent affectés à chaque

nationalité. Le visiteur étranger put y trouver toutes les indications pouvant l'intéresser : ambassade, consulat, sociétés de nationaux, avec jours et locaux de leurs réunions, adresses de ses compatriotes fixés à Paris.

Un registre fut disposé pour recevoir les signatures des visiteurs et des étrangers de passages, avec leurs adresses à Paris, afin de leur permettre de se retrouver aisément entre nationaux s'ils le désiraient.

Notre installation ainsi complétée, nous ouvrîmes nos portes dès le 1[er] octobre (de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures, tous les jours non fériés, même pendant les vacances.) A la fin de l'année, notre registre portait plus de 500 signatures.

Une affiche indiquant le but de l'institution avait été apposée dans tous les établissements relevant du ministère de l'Instruction publique dans la France entière.

Le 20 février 1904, le Bureau était inauguré officiellement par la Commission mixte des intérêts communs à la Ville et à l'Université.

Nous commençâmes alors à étendre notre publicité à l'étranger, Des lots d'affiches furent adressés aux recteurs de *toutes* les Universités étrangères, avec une lettre personnelle les invitant, dans l'intérêt international des travailleurs, à les faire apposer dans leurs établissements. Nous leur offrions, en revanche, de mettre à la disposition de nos visiteurs, qui, pour la plupart, ne visitent pas seulement la France, mais l'Europe. les programmes de leurs propres Universités. Cet appel fut entendu et des réponses très bienveillantes nous parvinrent de tous les points du globe.

A des savants étrangers de passages, montrant de la sympathie pour notre œuvre, nous remettions des exemplaires de notre affiche pour qu'ils les confient aux autorités de leur pays et nous aident dans notre propagande. Beaucoup de nos compatriotes, partant à l'étranger, pour des missions ou des Congrès, voulurent bien se charger d'en emporter avec eux,

Nous même, n'ayant pas trouvé dans les réponses venues d'Allemagne une note aussi chaleureuse que dans celles qui nous arrivaient des autres pays, nous entreprîmes un voyage en Allemagne et en Autriche-Hongrie pendant les vacances. Nous visitâmes les recteurs des principales Universités, leur exposant le caractère de notre œuvre et les priant de nous accorder leur collaboration en se chargeant d'apposer nos affiches, dont nous leur laissions chaque fois plusieurs

exemplaires. Nous reçûmes partout un accueil très bienveillant. A Vienne, le recteur ne voulut accepter nos affiches que libellées en allemand. Nous fîmes imprimer aussitôt, à Vienne même, 3.000 affiches en allemand, dont le professeur Mayer-Lübke voulut bien revoir le texte, et aujourd'hui les affiches allemandes du Bureau des renseignements de l'Université de Paris figurent dans les cadres officiels dans toutes les Universités d'Autriche-Hongrie (en Hongrie on les accepte en français).

A Berlin, le chancelier de l'Université, M. le Conseiller Daude, nous fit le meilleur accueil. M. Althoff, directeur général de l'enseignement au ministère de l'Instruction publique, voulut bien s'entretenir avec nous. Après nous avoir demandé de longs détails sur notre organisation, prenant constamment des notes, il nous promit son entier concours et se chargea de faire apposer. par ordre, nos affiches en allemand dans toutes les Universités de l'empire, ce qui fut fait, car trois semaines plus tard nous trouvions l'affiche de notre Bureau à la porte de l'Université d'Heidelberg.

M. Althoff nous exprima en même temps le désir qu'un bureau semblable au nôtre fut installé à l'Université de Berlin, en nous demandant de lui fournir les renseignements nécessaires. Effectivement, après une visite du professeur von Bergmann, qui vint deux mois après, se trouvant à Paris pour le Congrès de chirurgie, visiter le Bureau et fournir un rapport au Ministère allemand, celui-ci envoya en mission le P[r] Pachowski, qui passa quinze jours à la Sorbonne. se documentant sur les moindres détails, et quelques mois plus tard le Bureau des renseignements de l'Université de Berlin était fondé sur le modèle du nôtre. Nous le visitâmes en mars 1907; il n'est ouvert que deux heures par jour et l'installation en est beaucoup plus restreinte; mais il reçoit une allocation annuelle de 15.000 marks et tous les membres de l'enseignement de l'Empire allemand ont l'obligation d'y adresser une copie de toutes les affiches ou notes indiquant l'ouverture de leurs cours, leur suspension momentanée, ou même un simple changement d'heures. Le Bureau de Paris rencontre, il faut le reconnaître, auprès du corps enseignant des diverses Facultés une discipline beaucoup moins stricte.

Un voyage à Londres nous permit d'obtenir les mêmes résultats en Angleterre, où nous apportions des affiches rédigées en anglais. Le directeur du grand journal le *Lancet* se chargea de les faire apposer dans tous les hôpitaux de Londres. Les Universités de Cambridge, d'Oxford et d'Edimbourg, leur firent un très chaleureux accueil. En

août 1907 nous pûmes les retrouver aux portes de plusieurs collèges de Cambridge. A la suite de notre voyage, un Comité se forma pour organiser un Bureau semblable à l'*University Examination Hall*.

Notre secrétaire, M. de Holstein, d'origine russe, se rendant en Russie, emporta à Saint-Pétersbourg et à Moscou un stock important d'affiches qu'il obtint de faire placer dans tous les établissements publics d'instruction. Enfin le secrétaire de l'Alliance française aux Etats-Unis se chargeait du placement régulier de nos affiches dans toutes les succursales de l'Alliance.

Les résultats de cette publicité intense ne tardèrent pas à se manifester et le nombre de nos visiteurs s'accrut bientôt dans des proportions considérables. En 1904, ce nombre avait atteint 8.000 au bout de l'année. Il a cru régulièrement depuis lors et en 1908 il avait dépassé 20.000.

Sur ce chiffre il faut compter 45 p. 100 de visiteurs Français, 25 p. 100 d'Anglais et d'Américains du Nord, 5 p. 100 d'Allemands, 10 p. 100 de Russes et de Scandinaves, 10 p. 100 d'Italiens, Espagnols, Portugais et Américains du Sud, 4 p. 100 de Roumains, Serbes et Bulgares, 1 p. 100 de Grecs, Turcs, Japonais, Haïtiens, etc.

Au point de vue des professions, les étudiants des deux sexes représentent une énorme majorité : puis viennent par ordre décroissant, les professeurs, les médecins, les ingénieurs, les hommes de lettres, les avocats, les archéologues, les artistes, les officiers, les journalistes.

Les renseignements concernant les hôpitaux, les cliniques, les établissements d'assistance, viennent en tête de ceux qui nous sont demandés par d'autres personnes que les étudiants proprement dits : les visiteurs s'intéressent surtout à l'oculistique, à la dermatologie, aux maladies nerveuses et à la gynécologie. Beaucoup demandent des cours de perfectionnement, complets en une durée limitée, payants, professés par des célébrités. Nous sommes obligés de leur avouer que Paris est, à ce point de vue, moins bien partagé que Vienne. Quand ces cours existeront à Paris, nous sommes en mesure de leur prédire un succès considérable.

En présence du développement rapide de l'institution et du surcroît de besogne qui en résultait, — à certains jours, il vint plus de 100 visiteurs au Bureau — il fallut augmenter notre personnel. Sur un rapport de M. Chautard, le Conseil porta, le 31 décembre 1904, de 3.000 à 4.000 francs la subvention annuelle versée au Bureau. Le personnel

se compose donc, à l'heure actuelle, du Directeur, d'un secrétaire et de deux employés dont l'un est interprète pour l'anglais et l'allemand. Le traitement de ce personnel absorbe la subvention municipale. L'Université prend à sa charge les frais de bureaux et d'entretien, sans parler du chauffage et de l'éclairage.

L'œuvre de propagande en faveur de l'enseignement français, déjà préparée par l'organisation que nous venons de décrire, a été complétée par la publication d'un *Annuaire des cours de l'Université et des établissements parisiens d'enseignement supérieur.*

Le Bureau édite en effet sous ce titre, par ses propres moyens, et en dehors de tout concours de l'État ou de la Ville, un volume de près de 200 pages, renfermant le programme des cours des Facultés et grandes Ecoles du gouvernement, des établissements libres d'enseignement supérieur, des hôpitaux, des Instituts privés, des Associations d'enseignement, les cours de vacances, y compris ceux des Universités provinciales : il donne également toutes les indications relatives aux associations scolaires, aux œuvres diverses créées en faveur des étudiants des diverses nationalités. Un appendice renferme une traduction en anglais de ce dernier chapitre.

Ce volume est tiré chaque année à *10.000* exemplaires, dont 1.000 sont remis à l'Université pour le corps enseignant et les échanges universitaires ; 6.000 sont envoyés régulièrement à l'étranger et répartis dans le monde entier entre les mains de correspondants dévoués qui se chargent de les répandre, et dont la plupart sont fournis par les succursales de l'Alliance française, par les membres de l'Association franco-américaine, par beaucoup de professeurs de français des Universités et écoles étrangères — pas tous, car un trop grand nombre d'entre eux sont Belges, Suisses ou même Allemands. Les 3.000 autres sont adressés dans le courant de l'année aux personnalités de l'étranger qui nous en font la demande. Ces demandes sont de plus en plus nombreuses ; elles sont souvent accompagnées des réflexions les plus suggestives sur l'utilité de la propagande à exercer dans des milieux foncièremement sympathiques à notre pays, mais auxquels nous faisions, semble-t-il, trop rarement parvenir de nos nouvelles.

En 1909, le tirage ordinaire de 10.000 exemplaires, par suite du développement croissant de ces demandes, s'est trouvé épuisé dès le 1[er] mars, et il a fallu procéder à un second tirage.

Les frais de cette publication et de son envoi sont couverts par la

publicité fournie par les éditeurs de livres classiques, les institutions privées et les pensions de famille.

Nous terminerons ce trop long exposé, — nécessaire cependant pour faire comprendre la portée complète de cette œuvre de propagande nationale — par un simple chiffre qui dispensera de tout autre commentaire. Depuis la création du Bureau des renseignements et l'envoi régulier et gratuit des programmes de l'enseignement supérieur parisien au dehors, le nombre des étudiants étrangers fréquentant les diverses Facultés de Paris, soit inscrits régulièrement, soit simples auditeurs, s'est accru de près de 20 p. 100.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.